

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 1224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel GOUREVITCH

Licencié ès Lettres

Né le 9 Septembre 1930, à Neuilly-sur-Seine (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

1963

**A PROPOS
DE CERTAINES ATTITUDES DU PUBLIC
VIS-A-VIS DE LA MALADIE**

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : GOUREVITCH

Prénom : MICHEL

Date de soutenance

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

GOUREVITCH (MICHEL) -
A propos de certaines attitudes
du public vis-à-vis de la mala-
die. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

GOUREVITCH (MICHEL) -
A propos de certaines attitudes
du public vis-à-vis de la mala-
die. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

GOUREVITCH (MICHEL) -
A propos de certaines attitudes
du public vis-à-vis de la mala-
die. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

GOUREVITCH (MICHEL) -
A propos de certaines attitudes
du public vis-à-vis de la mala-
die. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548803_0087

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel GOUREVITCH

Licencié ès Lettres

Né le 9 Septembre 1930, à Neuilly-sur-Seine (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**A PROPOS
DE CERTAINES ATTITUDES DU PUBLIC
VIS-A-VIS DE LA MALADIE**

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
----------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAILLIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÈQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-physiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté

M. LENA (J.)

Secrétaire principal

Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine

M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs

Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUTRES PUBLICATIONS

Terres-cuites hellénistiques d'inspiration médicale au musée du Louvre
(*La Presse Médicale*, 1963, XII).

Traduction de AYD : Recognizing the depressed patient (P.U.F., *sous presse*).

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Directeur à l'Institut de Psychologie

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE DENIKER

*Dont l'autorité et la haute culture nous
ont valu des conseils auxquels ce travail
doit beaucoup dans ce qu'il peut avoir de
meilleur, et dont le bienveillant accueil nous
inspire la gratitude la plus profonde.*

A NOS MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON MICHAUX

Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE PICHOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ D.-J. DUCHÉ

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUBERT FLAVIGNY

*En témoignage de gratitude pour leur
enseignement.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. FÈVRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PASTEUR VALLERY-RADOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR FUNCK-BRENTANO (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR J. MOUSSOIR

MONSIEUR LE DOCTEUR J. FACQUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BAUMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR R. LEIBOVICI

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR P. LANCE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. POLLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GAULTIER

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BROCARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CATTAN (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CATHALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SOULIÉ

A NOS MAITRES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-J. RONDEPIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. CHANÈS

MONSIEUR LE DOCTEUR E. TRILLAT

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MAÎTRE
GASTON BACHELARD

A MADAME D. DREYFUS
Agrégee de Philosophie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CANGUILHEM
Professeur d'Histoire et Philosophie des Sciences à la Sorbonne

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. STOETZEL
Professeur de Psychologie Sociale à la Sorbonne

Qui nous ont apporté un appui très attentif et dont les encouragements nous ont été précieux.

A MONSIEUR S. MOSCOVICI

Maître de Recherches au C.N.R.S.

A MADAME VERSCHAEVE

du Laboratoire de Psychologie Sociale à la Sorbonne

*Ils nous ont aimablement donné accès à
leurs travaux.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. BURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. CHEYMOL

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. EZZANO

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. QUINIOU

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. SIMON

Ils ont bien voulu prendre la peine de nous apporter la contribution de leur expérience et de leurs réflexions. Nous en avons fait un large profit et les en remercions très vivement.

Ce travail doit beaucoup aux conseils de

MADAME SIMERAY-MASSÉ

Directeur d'Etudes à l'I.F.O.P.

*Que nous remercions tout particulière-
ment.*

INTRODUCTION

Qu'est-ce que la maladie pour le malade ?

Hormis quelques précurseurs, au premier rang desquels BRISAUD [1], cette question n'a été que récemment posée. Mais aujourd'hui tout concourt à la poser avec insistance : l'intérêt, désormais incontesté, des connaissances relatives aux phénomènes psychiques profonds ; l'importance thérapeutique des facteurs psychologiques, de longue date proclamée mais qui n'avait pas jusqu'à nos jours inspiré de méthodes systématisées ; enfin l'attitude du public face à la médecine « institutionnalisée », l'une et l'autre se modifiant très rapidement sous nos yeux, nul ne l'ignore : les malades sortent de leur séculaire passivité ; ils interrogent, critiquent ; de sujets, ils s'érigent en interlocuteurs. On est d'autant plus tenté de parler de décolonisation que celle-ci peut précéder la maturité. Force nous est d'entendre ce nouveau langage.

Il est très différent du nôtre. Le médecin, toute sa formation l'y incite, envisage la maladie comme un groupement symptomatique qui implique une étiologie et un mécanisme pathogénique dans une certaine mesure connu, et qui appelle une attitude thérapeutique plus ou moins spécifique. A l'expérience, ce cadre s'enrichit, se nuance et surtout s'assouplit : il n'en reste pas moins l'élément fondamental, le seul possible, de toute connaissance médicale : de notre langue, c'est la syntaxe.

Or, nous le verrons, cette syntaxe est étrangère au malade qui entend dialoguer avec nous. Et l'on a bien, ces dernières années, consacré de multiples travaux aux rapports entre médecin et malade. Des psychanalystes ont défini les relations interpersonnelles que crée le « colloque singulier ». Le travail de BALINT [2] est trop connu pour que nous y insistions : c'est l'œuvre d'un psychiatre qui a animé des séminaires d'omnipraticiens. Certains autres sont des ouvrages de synthèse moins soucieux de serrer de près les réalités

cliniques [3 et 4]. Quant au comportement général du public vis-à-vis de la médecine, il fait l'objet d'études sociologiques parmi lesquelles il faut citer celles de Talcott PARSONS aux Etats-Unis [5] et de Jean STOETZEL en France [6]. Enfin, le travail que l'Institut Français d'Opinion Publique a consacré aux *Français et leur médecin* [7] constitue le document de base de la psycho-sociologie de la « consommation médicale ».

Quant aux rapports entre le malade et la maladie, ils ont également inspiré des travaux ; mais ceux-ci n'envisagent que le fait d'être malade, cet état qui s'impose au sujet, suscitant en lui des réactions et modifiant ses rapports avec la société ; de ces études on trouve une analyse dans DELAY et PICHOT, *Abrégé de psychologie* [8].

C'est dire que les études ne manquent pas, ou ne manquent plus, sur l'attitude du public vis-à-vis du médecin, de la médecine et de la maladie. Il en va bien autrement pour les maladies, — les différents processus morbides considérés en particulier ; la conception que s'en fait le public, les représentations qu'il élabore de leur déterminisme, de leur mécanisme physio-pathologique, de leur signification sont fort différentes de celles des médecins. Les mots peuvent être les mêmes : les images et les références qu'ils évoquent, les notions dans lesquelles ils s'inscrivent, cette « syntaxe » qui les articule sont autres. On ne saurait mieux définir les conditions d'un malentendu. Peu importait d'ailleurs le malentendu pour une médecine transcendante et indiscutée ; aujourd'hui, pour le thérapeute soucieux de la psychologie de son malade, il n'en est plus de même. Or, ces conceptions relatives à la maladie constituent encore un domaine inexploré.

Pour le défricher, à quels instruments faire appel ?

Celui qui procurerait les données les plus objectives serait, de toute évidence, l'enquête d'opinion ; l'Institut Français d'Opinion Publique (I.F.O.P.) en a consacré une aux attitudes du public à l'égard de la transfusion [9], et nous aurons l'occasion de la citer car elle permet de dégager un « mythe du sang », laissant entrevoir quel vaste tableau les mêmes procédés d'investigation fourniraient des mythes ou des idées reçues en matière de physiologie et de pathologie, si on les appliquait à un domaine moins spécifique que celui du « don du sang ». Leur emploi, certes, n'est pas allé sans se heurter à des difficultés :

« Pour le public français, le domaine du sang restait un domaine sacré et faisait intervenir tant de tabous de tous ordres qu'aucune technique rigide n'aurait permis de les déceler. » [9, p. 1.]

Mais on peut, sans en examiner le détail, dire que les techniques d'enquête se sont affinées et assouplies : citons pour mémoire le sondage par questionnaire et l'interview non directive de Carl ROGERS. Cette dernière,

« d'utilisation récente dans les enquêtes d'opinion, est née des limites mêmes de la méthode d'enquêtes par questionnaires. L'on sait, en effet, désormais, que les réponses directes à des questions posées ne correspondent pas toujours au comportement réel du public. Lorsque des questions portent sur des faits précis, bien définis et clairement perçus par le sujet lui-même, la réponse donnée a bien des chances d'avoir une valeur, mais cette réponse rapide ne peut pas toujours tenir compte de facteurs essentiels comme *les mécanismes psychologiques de défense*, précisément si nombreux dans le domaine du don du sang, qui amènent certains sujets à biaiser leurs réponses, ou comme *les motivations profondes*, plus ou moins conscientes, qui régissent en fait, pour une grande part, le comportement des individus » [9, p. 96].

La pratique de l'interview non directive

« implique qu'à tous les moments de l'interview, l'enquêteur perçoit le monde de symboles, de relations et de significations de son sujet et sait lui exprimer sa compréhension » [9, p. 89].

Employées conjointement, l'une et l'autre techniques permettent d'atteindre des niveaux de personnalité différents.

Mais quelle qu'en soit la portée, leur mise en œuvre serait tout à fait étrangère à l'art médical ; d'autre part, une tâche aussi ambitieuse excéderait grandement les limites d'une simple thèse de médecine.

À défaut donc d'une enquête d'opinion, nous avons eu recours à d'autres sources :

— Certaines figurent dans notre bibliographie et seront citées à leur place ; parmi celles-ci, les revues *Guérir* et *Votre Santé* sont particulièrement fructueuses, moins par leurs articles de « vulgarisation » médicale que par leurs placards et textes de publicité, très habilement adaptés aux représentations que nous cherchons à étudier. La publicité parue dans la presse médicale proprement dite sera elle-même mise à contribution.

— Le présent sujet nous ayant intéressé de longue date, nous avons recueilli et noté maintes observations fournies par le comportement et les dires de malades : comme externe dans nombre de services hospitaliers de Paris ; dans les infirmeries et hôpitaux militaires ; comme interne provisoire dans les hôpitaux psychiatriques ; au cours de nos expériences de clientèle de médecine générale ; en dehors de toute activité médicale, auprès du public des bien portants.

— Enfin, les études médicales ne confèrent point d'essence particulière, et nous faisons personnellement partie du public : nous avons trouvé en nous-même beaucoup des conceptions généralement partagées, soit qu'elles aient précédé les connaissances scientifiques acquises par la suite, soit qu'elles coexistent avec ou au-dessous d'elles.

En outre, nous avons adressé un questionnaire à un certain nombre d'omnipraticiens. Nous avons reçu une faible proportion de réponses, dont la teneur, si elle nous a apporté des données nouvelles sur les conceptions ou les images que nous étudions, nous a surtout convaincu qu'un tel travail pouvait n'être pas vain.

En effet, parmi les praticiens que nous avons interrogés, certains, — des plus cultivés et qui avaient réfléchi au problème de l'attitude du malade face à la maladie, — considèrent cette attitude comme entièrement rationnelle ; ils s'élèvent contre la notion même que l'inconscient puisse déterminer si peu que ce soit les conceptions des patients. Sensibles aux formes rationnelles que revêt l'effort d'explication de la part du malade, ces médecins méconnaissent que le besoin de cette explication est d'une nature étrangère à la logique.

Or, ces conceptions, ces images, ces représentations que se forme le public sont certainement bien connues des laboratoires pharmaceutiques, qui y font appel dans leur publicité, nous y reviendrons encore :

« Le prospectus de réclame commerciale... s'appuie, hélas, sur la certitude de trouver, dans le public, une adhésion d'un caractère préscientifique. » (BACHELARD [10].)

Mais ces *motivations* d'un « caractère préscientifique », n'appartient-il pas au médecin de les connaître pour soigner ses malades, au moins autant qu'au commerçant pour leur vendre sa marchandise ? Or, s'il les soupçonne souvent, nous venons de voir qu'il tend parfois à en négliger l'importance ; en tout cas elles ne sont nulle part étudiées de façon systématique, *a fortiori* ne sont-elles pas enseignées.

Et pourtant la psychologie vient d'acquérir un timide droit de cité dans l'enseignement de la médecine : attirer l'attention médicale sur le présent sujet, en vue de contribuer à améliorer le « contact » entre médecin et malade, même et surtout en dehors de la pratique psychiatrique, est une tâche qui vient peut-être à son heure.

QUELLE IMAGE LE PUBLIC SE FAIT-IL DE SON CORPS SAIN ?

Notre propos a d'abord été de décrire et d'analyser, c'est-à-dire surtout d'exprimer des représentations qui le plus souvent restent confuses et non clairement affirmées, ayant cours dans le public et qui ont trait aux mécanismes physiopathologiques. Mais de même que la pathologie scientifique modifie une anatomie et une physiologie normales, de même ces images de processus morbides s'appliquent à l'image d'un corps sain, celle-ci fût-elle plus vague encore : l'une et l'autre étant solidaires.

Nulle part nous ne prétendons dresser un inventaire exhaustif : omettant les grands thèmes, — foie, circulation, ménopause, qui par leur ampleur même se prêtent mal à une analyse précise, au moins dans ce cadre limité, nous nous bornons à quelques aspects que nous avons pu relever, conscient de faire un travail très fragmentaire, qu'il s'agisse du corps malade ou du corps sain.

Dans ce dernier cas cependant, il semble exister un tableau global, un stéréotype de l'homme idéalement sain, et c'est à l'I.F.O.P. qu'on en doit la description, car c'est le portrait, physique et aussi moral, du donneur de sang tel que l' imagine le non-donneur :

« L'image du " donneur de sang ".

« Elle est très fortement typée et se présente sous les caractéristiques suivantes :

« — *L'aspect physique* : on le voit plus souvent comme un homme que comme une femme. Agé de quarante à quarante-cinq ans au plus, on le dit " dans la force de l'âge ". Robuste, solide, sanguin, très résistant, c'est à la fois un " dur " et le type même du bon vivant. Il est sain et n'a aucun problème de santé.

« — *Son caractère* : c'est un non-émotif, actif, jovial, pas nerveux.

« — *Son style de vie* : est apparenté aux caractéristiques physiques qu'on lui prête : il boit et mange bien, c'est un chef de famille qui est le maître chez lui ; c'est aussi le père de plusieurs enfants, surtout des garçons ; l'on voit ici encore apparaître l'association de la virilité au don du sang.

« — *Le métier qu'il exerce* l'oblige à une vie active ; c'est un manuel ou un sportif. Il est remarquable que le "donneur" type n'ait pas une seule fois, au cours de l'enquête, été associé à un intellectuel, ou à une personne ayant dans la société une place valorisée.

« — *Les sentiments qu'on éprouve à son égard*. On a, pour lui, une admiration mitigée : si l'on admire, certes, ce geste par lequel il se dévoue pour les autres, on lui prête aussi parfois des motivations obscures et suspectes : "c'est quelqu'un qui ne se pose pas de problèmes, qui ne réfléchit pas et qui ne se rend pas très bien compte de ce qu'il fait. C'est un inconscient" ; ou bien, "c'est un bon exutoire à une forte tension sanguine", ou encore "c'est quelqu'un qui fait ça pour se donner de l'importance". » [9, pp. 32-33.]

Chacun, si ignorant qu'il puisse être, se fait au moins confusément une image de la constitution et du fonctionnement de son corps et de celui d'autrui. Il existe donc une anatomie et une physiologie qu'on peut appeler profanes ou populaires, au sens de : propres au public ; mais non pas spontanées puisqu'elles sont nourries de souvenirs scolaires, de lectures, d'images vues à la télévision, parfois d'observations fournies par le dépeçage d'animaux.

ANATOMIE POPULAIRE

Cette anatomie populaire prolonge en quelque sorte le schéma corporel, image que nous nous faisons de notre propre corps dans ses rapports avec l'espace environnant dont il est distinct. Celui-ci constitue une gnosie, fonction neurologique d'intégration d'afférences ; celle-là est faite de représentations apprises auxquelles le profane s'efforce d'adapter les données diffuses ou trompeusement localisatrices de la sensibilité viscérale. N'était notre aversion pour les barbarismes, nous risquerions pour la désigner le terme de *somaticasie* (de *εικασία*, représentation, action de conjecturer) par opposition à la somatognosie qu'elle s'efforce de compléter.

En effet, le profane étend à la sensibilité viscérale la confiance qu'il place dans les renseignements fournis par la sensibilité extéro

et proprioceptive, pour lesquels cette confiance est justifiée par la superposition des différents modes de sensibilité et par le contrôle des fonctions sensorielles, convergence qui rend la somatognosie possible. « J'ai l'estomac lourd, j'ai mal aux ovaires » : ces symptômes si fréquemment exprimés en termes anatomiques invoquent implicitement pour référence idéale : « Mon panaris de l'index gauche me fait souffrir. » La *somaticasie* veut être à l'anatomie viscérale imaginée ce que la somatognosie est à l'anatomie superficielle et segmentaire réelle.

Aux confins de l'une et de l'autre, il existe d'ailleurs des zones de transition où se superposent des sensations viscérales d'une part, des images tactiles et visuelles de l'autre : ce sont surtout les extrémités du tube digestif :

« Aussi bien l'orifice buccal que l'anal et l'urétral sont sentis à plusieurs centimètres au-dessous de leur situation vraie, et cette particularité rend compte du siège des sensations de besoin que nous éprouvons lorsque la nature nous indique la nécessité d'uriner, de déféquer ou nous conduit au désir de l'assouvissement de l'instinct sexuel. » (J. LHERMITTE [11].)

Quoi qu'il en soit, c'est à BRISSAUD [1] qu'on doit d'avoir il y a trois quarts de siècle brossé le tableau des représentations anatomiques qui ont cours dans le public. Certes cet auteur est avant tout soucieux de philologie folklorique, et dresse l'inventaire inlassable d'un vocabulaire anatomique et physiologique, non seulement français mais aussi dialectal et qu'il signale déjà comme étant en voie de disparition. Mais son livre présente, pour le sujet qui nous occupe, l'intérêt considérable d'avoir, — seul à notre connaissance, — systématiquement décrit l'« anatomie populaire », et ses constatations restent certainement actuelles.

De ce tableau fort complet, nous citons quelques lignes :

(Page 24) : « Le dedans reste un mystère pour les profanes (...) L'anatomie a quelque analogie avec l'anatomie dite artistique, qui est toute extérieure, et qu'on appelle encore l'anatomie des formes. De même la physiologie se borne à celle d'animaux inférieurs à deux orifices : c'est donc une anatomie et une physiologie tout à fait enfantines.

« La connaissance un peu plus exacte de la configuration et des rapports de nos organes profonds repose sur leur assimilation avec celle des animaux domestiques, du cochon en particulier : sur ce point, l'immense majorité des gens, même cultivés, en savent moins que le paysan (...) »

« (L')attention (populaire) a toujours été sollicitée par les orifices naturels qui, de part et d'autre, conduisent à des organes cachés,

ignorés : l'anatomiste (...) n'a qu'une manière de désigner la sortie des voies digestives ; le peuple en a trente ou quarante, peut-être davantage.

« La physiologie des mêmes parties défraie un vocabulaire plus riche encore. A côté de cela, il y a des appareils, des systèmes tout entiers, qu'il néglige même de définir par un nom spécial. Ainsi les muscles, qui représentent en poids plus de la moitié de l'organisme, ne sont pour lui que *de la viande*, c'est-à-dire ce qui se mange. Le terme de boucherie est prépondérant, vu l'importance économique de la substance musculaire. » (On pourrait faire observer aujourd'hui que la mythologie du sport a vulgarisé et valorisé le terme *muscle*, sinon la nomenclature myologique, encore réduite au biceps brachial, seul admis à la consécration du vocabulaire usuel.)

« Passons en revue les principales notions de cette anatomie vulgaire.

« *Les os* et les articulations sont du déchet. Ils ne comportent pas une nomenclature bien variée ni complète. Les quatorze os de la tête (se réduisent à un ensemble simplement appelé le crâne. De même, le reste de l'ostéologie se ramène à la mâchoire, à l'épine dorsale, etc.). »

En un mot, BRISSAUD souligne le contraste entre la richesse du vocabulaire usuel pour l'anatomie extérieure et sa pauvreté pour les viscères, fréquemment désignés par référence aux animaux de boucherie :

« Au-dessous de l'estomac, toutes les divisions du tube digestif se confondent sous le nom de *boyaux*. »

Si l'on s'arrête, — à titre d'exemple. — à cette dernière affirmation, on en trouve une preuve *a contrario* dans la revue *Guérir* [12] qui sans doute connaît bien son public et les lumières qu'il convient de lui apporter lorsqu'elle révèle :

« Tout cela se trouve dans l'abdomen ou autour de lui. C'est un sac bourré de viscères qui contient donc bien autre chose que de l'intestin. »

Personnellement, nous avons souvenir de nous être, vers notre cinquième ou sixième année, interrogé sur l'intérieur du tronc, et d'avoir imaginé une sorte de vaste cavité cœlomique, un sac au fond duquel tombaient les aliments.

L'anatomie populaire professe des erreurs caractérisées, dont on retiendra deux exemples.

Les reins sont toujours imaginés très au-dessous de leur situation réelle. Le mécanisme en paraît simple : c'est celui qui consiste à

prendre au pied de la lettre une métonymie passée dans le langage, — on le reverra à propos du sang, — la bienséance ayant ici substitué les reins aux fesses comme jadis la gorge aux seins.

Plus chargée de sens peut-être est la conviction qui place *le cœur* en plein hémithorax gauche. Le siège gauche du choc de la pointe n'est peut-être pas suffisant à l'expliquer, ne serait-ce que parce que la palpation, qui n'est vraiment entrée dans la pratique médicale quotidienne qu'au siècle dernier, est un geste inhabituel aux profanes ; seul le pouls a été tâté de tout temps et par chacun, et de préférence à gauche, bien qu'il soit parfaitement symétrique.

Mais le cœur a toujours été un viscère très privilégié, chargé de signification, plus encore que le foie dont la situation impaire et latérale, qui fait exception à l'évidente symétrie anatomique, paraît dire l'importance extraordinaire. Le cœur ne semble-t-il pas mériter en quelque sorte, plus que le foie, d'occuper une situation insolite ? Il participerait ainsi de la symbolique de la gauche, qui, loin d'être exclusivement « sinistre », est au moins ambivalente, comme le latin *sinister* : la main gauche porte bonheur, le pied aussi dans certaines circonstances ; surtout, dans un harmonieux équilibre, le cœur, qui a ses raisons, s'opposerait à la *rectitude* de la raison armée de la dextérité :

« Je vous donne la main gauche, c'est celle du cœur. »

Ainsi serait investie d'une *signification* une particularité anatomique par elle-même indifférente.

PHYSIOLOGIE POPULAIRE

« La physiologie des gens du monde est toujours celle des humeurs et des tempéraments ¹.

« Résumons cette physiologie.

« La constatation de la chaleur animale implique d'abord la supposition d'une combustion intime et permanente, où les substances alimentaires représentent les combustibles et les excréments les cendres. » (De combustibles, les aliments sont aujourd'hui deve-

(1) Et de fait, si aiguë que soit d'affection pour laquelle il consulte, un malade interrogé sur les circonstances *actuelles* répond volontiers en invoquant son « tempérament » *général* : « Etes-vous constipé ? — Non, mais j'ai un tempérament constipé. » — « Avez-vous actuellement de la fièvre ? — Je n'en fais jamais. — Mais vous avez une angine, avez-vous pris votre température ? — Oh non, je n'ai pas le tempérament fiévreux. »

nus carburants : voir [9, p. 14].) « D'autre part, comme il n'y a pas de feu sans fumée, cette combustion produit nécessairement des vapeurs. Quoique invisibles, on ne doute pas de leur existence. » (BRISSAUD [1, p. 84].)

Ainsi est dégagé l'un des caractères essentiels de cette physiologie, l'assimilation à des phénomènes mécaniques simples et familiers. Nous retrouvons aujourd'hui ce caractère, associé à un autre non moins fondamental, l'anthropomorphisme, dans une publicité de la revue *Votre Santé* [13]. La gravité bouffonne du vocabulaire scientifique met mieux encore en évidence ces deux caractères, ici invoqués comme allant de soi :

« Ces cellules, comme nous l'avons dit, sont broyées et réduites à un tel état de division (état colloïdal) qu'elles sont absorbables par la voie cutanée. Ainsi l'utilisateur, l'utilisatrice, introduisent-ils dans leur épiderme le *microscopique moteur biologique qui met en marche cet ensemble d'énergies revitalisantes qui sont universellement reconnues au placenta* (souligné dans le texte). (...) »

« La matière protéique qui constitue la substance placentaire, comme celle de toutes les cellules vivantes, doit subir dans la peau une dégradation qui est facilitée par l'extrême petitesse de ses particules ; une fois dégradée, elle devient assimilable par les cellules de la matrice de l'ongle et par celle du bulbe du cheveu. Alors matrice et ongle *se nourrissent au sens le plus strict du mot* (souligné par nous), car étant eux-mêmes de nature protéique ils ne peuvent se nourrir que de protéines ; d'où, sans nul doute, les effets plastiques et toniques du placenta intégral. *On admirera qu'en se nourrissant, matrice unguéale et bulbe capillaire s'incorporent, en même temps que des matériaux de construction cellulaire, le potentiel bio-génétique dont la nature a pourvu ces matériaux* (souligné dans le texte) (...) »

« Cette synthèse ne se fait pas automatiquement. Si le bulbe est anémié et débile, elle ne peut pas avoir lieu car les fonctions d'assimilation sont ralenties comme chez un grand affaibli qu'on soumet vainement à la suralimentation. (...) »

« Matières organiques identiques à la kératine, les protéines adhèrent à sa surface en vertu de lois d'affinité réciproque (...) »

« Il importe d'ajouter que le relèvement de l'oxydation (oxygénation-consommation) concourt physiquement au durcissement de l'ongle. »

Notons dans ce dernier passage que ce qui était consommation pour les malades de BRISSAUD doit désormais s'appeler oxydation ou oxygénation ; on reviendra sur cette question de mots. Relevons aussi la proclamation du principe magique d'analogie (étant de nature protéique, ils ne peuvent se nourrir que de protéines).

Les autres extraits développent bien la représentation de phénomènes élémentaires et familiers, eux-mêmes doués d'autonomie et d'individualité : une fois « introduit », un « microscopique moteur met en marche » un métabolisme qui est essentiellement une réduction physique. De là le succès du calcium *per os*, voire des dentifrices au calcium. Les fonctions de nutrition et de croissance sont indéfiniment divisibles, et déléguées telles quelles à la moindre parcelle de tout être vivant. La physiologie n'est donc — ici intervient la construction anthropomorphe — que la somme des vies autonomes de chaque détail de l'économie. Le cheveu ou l'ongle anthropomorphe, non content de pousser et de manger, aime les protéines.

Rédigé à des fins commerciales, ce texte paraît épouser très adroitement les représentations confuses que nous cherchons à étudier, en les exprimant dans un langage qui leur donne caution savante.

Cette physiologie générale peut être illustrée par quelques exemples. On en empruntera d'abord deux à Roland BARTHES [14].

• *Publicité de la Profondeur* (p. 93).

« C'est dans la mesure où la peau est d'abord surface, mais surface vivante, donc mortelle, propre à sécher et à vieillir, qu'elle s'impose sans peine comme tributaire de racines profondes, de ce que certains produits appellent *la couche basique de renouvellement*. La médecine permet d'ailleurs de donner à la beauté un espace profond (le derme et l'épiderme) et de persuader aux femmes qu'elles sont le produit d'une sorte de circuit germinatif où la beauté des efflorescences dépend de la nutrition des racines. (...) Le vrai drame de toute cette petite psychanalyse publicitaire, c'est le conflit de deux substances ennemies qui se disputent subtilement l'acheminement des "sucs" et des "principes" vers le champ de la profondeur. Ces deux substances sont l'eau et la graisse. »

« Toutes deux sont moralement ambiguës : l'eau est bénéfique, car tout le monde voit bien que la peau vieille est sèche et que les peaux jeunes sont fraîches, pures (*d'une fraîcheur moiteur*, dit tel produit); le ferme, le lisse, toutes les valeurs positives de la substance charnelle sont spontanément senties comme tendues par l'eau, gonflées comme un linge, établies dans cet état de pureté, de propreté et de fraîcheur dont l'eau est la clef générale. Publicitairement, l'hydratation des profondeurs est donc une opération nécessaire. Et pourtant l'infiltration d'un corps opaque apparaît peu facile à l'eau : on imagine qu'elle est trop volatile, trop légère, trop impatiente pour atteindre raisonnablement ces zones cryptuaires où s'élabore la beauté. (...) »

« Sans doute la graisse (appelée plus poétiquement *huiles*, au pluriel, comme dans la Bible ou l'Orient) dégage-t-elle une idée

de nutrition, mais il est plus sûr de l'exalter comme élément véhiculaire, lubrifiant heureux, conducteur d'eau au sein des profondeurs de la peau. L'eau est donnée comme volatile, aérienne, fuyante, éphémère, précieuse ; l'huile au contraire tient, pèse, force lentement les surfaces, imprègne, glisse sans retour le long des "pores" (personnages essentiels de la beauté publicitaire) (...)

« Cette ouverture publique de l'intériorité du corps humain est d'ailleurs un trait général de la publicité des produits de toilette. »

• *Le Cerveau d'Einstein* (p. 103).

« Le cerveau d'Einstein est un objet mythique : paradoxalement, la plus grande intelligence forme l'image de la mécanique la mieux perfectionnée. (...) Einstein lui-même a prêté un peu à la légende en léguant son cerveau, que deux hôpitaux se disputent comme s'il s'agissait d'une mécanique insolite que l'on va pouvoir enfin démonter. Une image le montre étendu, la tête hérissée de fils électriques : on enregistre les ondes de son cerveau, cependant qu'on lui demande de "penser à la relativité". (Mais, au fait, que veut dire exactement : "penser à" ... ?); on veut nous faire entendre sans doute que les sismogrammes seront d'autant plus violents que la relativité est un sujet ardu. La pensée elle-même est ainsi représentée comme une matière énergétique, le produit mesurable d'un appareil complexe (à peu de chose près électrique) qui transforme la substance cérébrale en force. La mythologie d'Einstein en fait un objet si peu magique, que l'on parle de sa pensée comme d'un travail fonctionnel analogue à la confection mécanique des saucisses, à la mouture du grain ou au bocardage du minerai : il produisait de la pensée, continûment, comme le moulin de la farine, et la mort a été pour lui, avant tout, l'arrêt d'une fonction localisée : "le plus puissant cerveau s'est arrêté de penser".

C'est aujourd'hui et dans la presse professionnelle qu'une publicité présente aux médecins une spécialité d'acide glutamique comme « le combustible spécifique de la matière grise ». Ainsi, cette physiologie anthropomorphique est un lit de Procuste où tout, du plus simple au plus compliqué, de la vie des cheveux au cerveau d'Einstein, est ramené à la mesure du travail simple. On la retrouve encore, associée à d'autres représentations, dans le *mythe du sang*, tel qu'il est dégagé par l'I.F.O.P. (9, pp. 13-17):

« *Le mythe du sang*. Il existe un mythe du sang très largement répandu chez la majorité des personnes qui, n'en ayant jamais donné, lui affectent un symbolisme et une charge active intense. Pour elles, le sang, loin d'être considéré comme un produit scientifique, un médicament, représente à la fois la *force*, le principe vital, la substance vivante par excellence et la *personne elle-même* :

deux notions, notion de *vie* et notion d'*identification*, qui se combinent et contribuent à donner du sang une image très spécifique. »
« Cette image que le public se fait communément du sang, de son rôle et de ses propriétés, laisse peu de place aux données scientifiques qui, le plus souvent, sont oubliées ou ignorées. »

« 1) Le sang comme organe. Dans bien des cas, le sang est vu comme un *organe* à la fois mystérieux par son intériorité et très privilégié, parce qu'omni-présent. L'image du sang comme véhicule n'apparaît que dans un cas, et cette image est négative : le sang est vu comme charriant soit des microbes, "des choses sales", soit des gènes étrangers, soit encore des caractéristiques ethniques, caractérielles et morales, transmissibles précisément par son intermédiaire. »

« Mais ce que véhicule réellement le sang (oxygène, produits de la digestion) n'est pas perçu. Le sang est vu plutôt comme quelque chose de définitif, de fixé, de donné une fois pour toutes, à la naissance. C'est le tout de la personne, sa force, non pas une force qui viendrait de ses éléments, mais une force intrinsèque. »
« Le public ne semble pas avoir conscience du renouvellement constant en *temps normal* des globules rouges. Il a le sentiment pénible que perdre du sang équivaut à une *perte de substance* et que le prélèvement, en créant la rupture d'une harmonie naturelle et préétablie, met en marche des mécanismes normalement inertes, qu'aucune force humaine ne sera plus capable d'arrêter. »
« Il existe une ignorance totale et fondamentale de la souplesse de l'organisme. Dans le cas du sang, cette ignorance existe aussi bien au niveau de la perte qu'au niveau de la *reconstitution*. Tout se passe comme si l'on croyait que le même sang vit avec la personne, vieillit avec elle et l'accompagne. »

« 2) Le corps est vu comme une machine spécifique. Il s'agit là de deux notions fondamentales : la conception mécaniste du corps et la notion de spécificité du corps humain :
— à cette conception mécaniste est associée l'idée que le sang, dans le corps, joue le rôle de "carburant",
— si le sang est un "carburant", il s'agit d'un carburant spécifique.

« Ces deux notions entraînent la croyance que "les sangs" ne peuvent être mélangés sans dommage, un peu comme les voitures qui fonctionnent avec telle marque d'huile et s'encrassent dès qu'on change de marque. »

« Elles impliquent aussi la certitude qu'aucun sang "étranger" ne peut être comparé en efficacité et en qualité au sien propre : à défaut, et dans l'hypothèse où il serait nécessaire d'en recevoir, l'on pense que, pour un enfant, il vaut mieux utiliser du sang d'enfant, que pour une femme jeune, il faut le sang d'une femme jeune, et que, pour un vieillard, il faut du sang de jeune, de manière à "vaincre le mal" par la force, la richesse et la vitalité ;

inversement, des jeunes signalent qu'ils n'aimeraient pas recevoir "du sang de vieux". Mais ces solutions mêmes apparaissent dangereuses, voire inquiétantes et l'on préfère s'en passer. »
« Dans cette assimilation du corps à une machine harmonieuse, autonome, existe la notion dramatique de "la fuite du sang", à laquelle on assiste impuissant et qui rappelle celle du radiateur éclatant dans le désert. »

« 3) Le sang a un côté surnaturel. "Organe", "carburant", le sang est encore le produit magique qui résiste à l'homme. "On va dans la lune et on n'est pas capable de fabriquer chimiquement du sang", dit une jeune documentaliste. Ce caractère miraculeux du sang se retourne contre l'Homme. Dans quelle mesure sait-il, actuellement, arrêter "le sang qui s'échappe"? »

« Il y a une répugnance instinctive certaine, et une vive appréhension à la vue du sang épanché. (...) Ordinairement, le sang qui coule, cela est net, notamment dans les milieux modestes, passe pour signer la gravité d'un mal. Dans un tel contexte, faire couler volontairement le sang, principe vital, fluide magique, plus puissant que l'Homme lui-même, équivaut à provoquer la Nature ». (...) »

Voici quelques extraits des réflexions qui nous ont paru les plus significatives, pour illustrer la manière dont le public se représente le sang et ses aspects mythiques.

« Le sang est la force : "... Je ne me considère pas comme un stentor, je ne pense pas avoir du sang en trop. Je ne vois jamais le médecin, mais je ne suis pas d'une force herculéenne pour aller donner mon sang. Je n'ai jamais eu l'impression d'avoir un surcroît de force, le sang c'est de la force..." ». »

« Le sang comme carburant : "Le sang qui arrive dans les veines de l'individu, cela doit faire du bien tout de suite. C'est comme l'essence qu'on met dans une voiture..." (Paris, représentant de commerce, cinquante-cinq ans) (...) »

Ajoutons qu'un des praticiens que nous avons interrogés, le Docteur BURY, nous signale cette croyance qu'on change de sang au printemps, l'organisme communiant ainsi avec toute la nature dans une participation au rythme annuel qui complète son rythme mensuel.

Relevons d'autre part que l'importante notion de la surabondance biologique, de ce gaspillage du matériel vivant qu'on désigne quelquefois par l'anglicisme *redondance*, semble profondément étrangère aux schémas de pensée usuels. On a peine à admettre le nombre de cellules germinales perdues pour un individu effectivement conçu et arrivant à maturité ; ou cette large tolérance à la spoliation qui permet les suppléances fonctionnelles, et le peu de parenchyme hépatique réel-

lement indispensable pour assurer les fonctions du foie. De là, peut-être, le sentiment erroné d'une nécessaire parcimonie, qui expliquerait que la perte de quelques centaines de centimètres cubes de sang paraisse malaisément réparable. Ce souci d'économie de la substance corporelle pourrait aussi rendre compte, partiellement certes, de bien d'autres attitudes : la méfiance qu'inspire la ponction lombaire, la condamnation des excès sexuels, la chasse aux masturbateurs à laquelle se livraient les médecins il y a quelques décennies.

De façon plus générale, cette méconnaissance, signalée par le texte ci-dessus, de la tolérance physiologique pourrait faire attribuer une importance et une *signification* à des choses qui n'en ont guère : une variation minime, à l'intérieur des limites normales, du chiffre de la tension artérielle ; l'action, propice ou maléfique, de tels mets et de telle nuance d'eau minérale ; ou bien ériger en impératifs rigides, auxquels on ne saurait manquer sans risques graves, ce qui n'est que souhaitable avec une souplesse adaptée aux circonstances : la parfaite régularité du rythme des selles ; un intervalle d'exactement deux heures entre la moindre ingestion d'aliments et le bain le plus prudent dans l'eau la plus tiède.

CHAPITRE II

QUELLES IMAGES LE PUBLIC SE FAIT-IL DE SON CORPS MALADE ?

Le corps apparaîtrait comme une machine, compliquée certes, mais fonctionnant par le jeu de phénomènes essentiellement mécaniques analogues à ceux dont toutes les autres machines sont le siège : si cette hypothèse est exacte, l'image des maladies devrait s'apparenter à celle des pannes d'automobile ou des défaillances d'une montre. De fait il en est très souvent ainsi.

La condition d'une telle analogie est une conception aussi localisatrice que possible des fonctions et de leurs défaillances : l'assimilation est d'autant plus facile que les organes évoquent de plus près un carburateur ou un ressort et qu'un rôle défini leur est dévolu ; ou bien, *a contrario*, que leur inutilité peut être affirmée, comme dans le cas des amygdales et de l'appendice, homologues des inexplicables fantaisies dont les constructeurs ont pourvu certains types de véhicules et dont l'ablation est sans effet. C'est ici le lieu de rappeler que pour être médecin on n'en fait pas moins partie du public.

Car ces conceptions localisatrices, évidemment présentes dans la pathologie « populaire » qui volontiers désigne un viscère en guise de diagnostic (« c'est le foie »), ne sont que l'exagération d'une tendance de la pathologie proprement médicale. Peut-être le chirurgien, dont le rôle thérapeutique s'assimile aisément à celui de l'artisan qui lève un capot, ouvre un boîtier, tire-t-il de là une partie de son surcroît de prestige sur le médecin, lequel, selon le mot de VOLTAIRE,

« se contente de mettre des drogues qu'on ne connaît pas dans un corps qu'on connaît encore moins ».

Mais cette traditionnelle raillerie de l'ignorance du médecin, si vivace qu'elle puisse être, n'est qu'à demi convaincue. En fait, on lui suppose une connaissance approfondie de la machine dont il est

le mécanicien, ce dont témoigne l'exigence d'infailibilité dont il peut être l'objet : ses hésitations sont d'autant moins admises que le niveau culturel du sujet interrogé est plus humble, constate l'I.F.O.P. [7, p. 40, ou 7 bis, p. 2742].

Nerfs noués ou contractés, rein descendu, poumon voilé, diaphragme horizontal, compression du cœur par l'estomac ou inversement : ces images mécaniques précises, si elles sont des réalités pour nombre de malades, doivent l'être bien davantage pour nous dans leur esprit, pour peu que nous soyons des réparateurs compétents. Ils imaginent donc obscurément que nous sommes éclairés d'une explication physio-pathologique très intime de leurs symptômes, et attendent que nous en déduisions un tableau de leur maladie et un traitement adapté.

Les pathogénies « populaires » qui viennent d'être énumérées sont des plus banales. Elles appartiennent à la tradition orale et sont répétées sans réflexion. Nous en avons relevé une autre, plus remarquable parce qu'elle exprime en termes pseudo-anatomiques une idée plus complexe et peut-être judicieuse. C'est une phrase extraite d'un rapport de police joint à un certificat d'internement d'office : « Cette personne est malade est nerfs et peut-être même du cerveau. » La conviction localisatrice est si assurée qu'elle recourt à de tels mots pour dire la distinction, — on est presque tenté d'écrire, l'étymologie y invite, entre névrose et psychose ; en tout cas, entre troubles réactionnels mineurs auxquels chacun est sujet peu ou prou et grands désordres du comportement, incompatibles avec la vie en liberté, — de fait, il s'agissait d'une schizophrène délirante.

De cette pathologie localisatrice, on trouverait sans doute également des témoignages dans certaines manifestations « pathomimiques », aussi bien que dans les symptomatologies anorganiques de bonne foi de l'hystérie ou du syndrome subjectif des traumatisés du crâne. Elle semble inspirer aussi bon nombre de thèmes délirants hypocondriaques.

Il faut souligner encore que cette « conviction localisatrice » résulte de l'adhésion du public, caricaturale certes, à l'une des tendances de la médecine les plus propres à le séduire ; disons au moins de la médecine ancienne, qui au cours des siècles a laissé dans la langue le rhume de cerveau et la bosse des mathématiques :

« De quoi dit-il que vous êtes malade ? — Il dit que c'est du foie, et d'autres disent que c'est de la rate. » (*Malade imaginaire*, III, 14.)

Mais pour que ces conceptions fussent accueillies avec tant de faveur, il a bien fallu qu'elles fussent en harmonie avec les schémas

de pensée de la « conscience collective ». Qu'au début du XIX^e siècle la pensée préscientifique s'attardât à produire une nouvelle théorie des localisations, celle-ci était assurée d'un succès durable, et la phrénologie compte aujourd'hui nombre d'adeptes sans le savoir.

Mécanistes parce que localisatrices, les représentations populaires le sont au niveau de la pathogénie : elles le sont donc au niveau des symptômes, ceux-ci étant souvent censés traduire directement, avec la rigueur d'une équation, un trouble simple et précis. Entre mille on n'en voudra pour exemple que la signification, sinistre au sens habituel, que revêt la moindre myalgie du bras gauche pour peu qu'elle accompagne la plus vague précordialgie. Certes les irradiations au membre supérieur gauche sont décrites dans le tableau de la douleur angineuse. Mais le public s'est emparé de ce détail et l'a dépouillé de toute nuance pour lui conférer une valeur absolue : avoir mal en même temps du côté du cœur, *cela veut dire* infarctus.

Même scientifique, la langue médicale favorise souvent de telles conceptions ; il ne saurait en être autrement, les relations scientifiques entre les phénomènes ne pouvant être désignées que par des métaphores, c'est-à-dire justement par des références plus ou moins lointaines à des phénomènes mécaniques. Soit l'exemple de la tension artérielle, notion iatrogénique par excellence.

« Le phénomène de la *tension*, qui semble avoir beaucoup de crédit auprès du public, joue un rôle important ; “ avoir de la tension ”, c'est avoir trop de sang, “ une tension basse ” étant le signe d'une faiblesse certaine, qu'elle soit congénitale ou acquise. » (I.F.O.P. [9, p. 22].)

Ici l'enquête d'opinion confirme, presque littéralement dans les mêmes termes, ce que nous écrit l'un des médecins que nous avons interrogés, ce que tout médecin a déjà reconnu ou pressenti. L'intérêt que présenteront ces techniques d'investigation si on les étend à l'ensemble des représentations moins élémentaires et moins patentes que la tension trouve dans cette concordance un argument de plus.

Quoi qu'il en soit, ce vocable malheureux de *tension* pour désigner une pression manométrique facilite l'assimilation à des images mécaniques familières : le sang c'est la force, on l'a vu ; l'image de tension évoque un objet élastique, réservoir de force potentielle : ressort détendu qu'il faudrait remonter, ou au contraire ressort bandé, susceptible de se rompre, hypertendu.

Parmi les modifications du milieu extérieur auxquelles est vulnérable notre milieu intérieur, le *froid* est la plus évidemment pernicieuse, la plus invoquée. La langue médicale a conservé l'étiologie a *frigore*, en lui donnant certes le sens nouveau d'idiopathie, mais

qui pourrait affirmer qu'une survivance dans le langage ne traduit jamais une survivance dans les esprits, surtout lorsqu'elle est dans une large mesure justifiée par l'expérience ? En tout cas la pathologie « populaire » garde en cette étiologie une foi sans compromission, et l'on ne peut mieux faire que de citer la fine analyse de BRISSAUD [1, p. 196] :

« (Des maladies aiguës du poumon), la mieux connue est la “*fluxion de poitrine*”, ou “*pneumonie*”, ou “*pulmonie*”.

« Ici l'étiologie commande une autre désignation qui est encore plus générale. Dans tous les pays, à l'étranger aussi bien qu'en France, la pneumonie porte un nom qui exprime l'idée de *refroidissement*. Pour (...) signaler les termes les plus usités du français : “le chaud et froid”, “le chaud refroidi”, la “*raferdissure*”. (...) »

« La pleurésie (...) relève également du refroidissement ; mais il y a une nuance. La pneumonie passe pour se déclarer à l'occasion d'un refroidissement *qui succède* à un échauffement ; tandis que la pleurésie serait produite *d'emblée* par le refroidissement simple, et en particulier par le refroidissement humide : c'est la “*sanglaçure*” . »

On peut souligner ici une remarque très importante, que nous avons déjà faite à quelques reprises ; elle consiste à noter combien, à deux générations de distance, le vocabulaire technique de la médecine a largement pénétré dans le public, mais aussi combien ce progrès est demeuré verbal : les termes pittoresques de 1892 se sont éteints ; au malade le plus fruste, le mot broncho-pneumonie est assez coutumier pour qu'il l'abrège volontiers en broncho ; mais ce vocabulaire averti recouvre les mêmes conceptions pathogéniques.

Pour en revenir au rôle pathogène du froid, il semble qu'il puisse être souvent rempli, sans abaissement de température, et même en été, par le courant d'air que produit en milieu artificiel une fenêtre ouverte en même temps qu'une porte, ou une glace baissée dans un compartiment de chemin de fer. Ce courant d'air insinuant, jadis appelé vent coulis, a d'ailleurs pour doublets bénéfiques l'air et le vent purificateurs, qui, eux, balaient massivement ; une telle ambigüité se retrouve souvent :

« La crainte des courants d'air, de l'air tout court, paralysait les trois quarts des Français. Jamais ils n'estimaient avoir assez de bourrelets à leurs fenêtres, d'espagnolettes assez rigoureuses, de tapis assez épais et d'assez hermétiques portières. Les brise-bise, les doubles, triples, quadruples rideaux opposent au zéphyr un barrage qu'il ne franchira pas. L'air est pernicieux, l'air est mortel. Que serait-ce si les récentes découvertes de M. PASTEUR étaient

parvenues aux oreilles du grand public ! On ne sait pas, heureusement, ce qu'est un bacille, que l'air en est chargé et les transporte, au gré de la bise. L'atmosphère des appartements, à tout prendre, est plus rassurante : mieux vaut avaler cette poussière que l'on voit, de son lit, danser en poudre d'or dans un rayon de soleil. On sait du moins d'où elle sort : des bons vieux meubles de famille, des rideaux vénérables, des tentures qu'on a toujours vues. Tandis que l'air des rues, l'air des champs, l'air perfide de la nuit, on n'ose penser sur quelles horreurs il a traîné. Tirons donc nos rideaux au nez des esprits malins. [15] »

Souvent en effet le mal est anxiogène avant tout parce qu'il est de nature inconnue.

Aujourd'hui le grand public n'ignore rien des découvertes de M. PASTEUR, et la revue *Guérir* se charge de lui en rappeler la portée, dans un texte qui n'a pu manquer de retenir l'attention de plus d'un porteur de névrose obsessionnelle en imminence de décompensation :

« Secrètes menaces sur la santé de votre foyer. — (...) Votre maison sous l'œil du microscope. — Si nous pouvions faire défiler chaque recoin de notre logis sous l'œil implacable d'un puissant microscope, quel étrange et inquiétant spectacle s'offrirait alors à nous ! Tout un monde grouillant d'êtres animés et infiniment petits nous apparaîtrait soudain.

« Dans un seul kilo de linge sale, on a pu évaluer à plus de 20 milliards le nombre des microbes qui se multiplient en trois ou quatre jours. Et, sur nos mains, non lavées, on en trouve facilement plusieurs centaines sur une surface de quelques centimètres carrés. Aussi, comprend-on les surprises qui nous attendent si nos investigations viennent à porter sur certains lieux ou objets ménagers bien connus. [16] »

C'est que les microbes sont venus apporter la caution de la science à une « représentation » ancestrale. Dans l'œuvre de PASTEUR, apogée de la conception exogène de la maladie (DELAY et PICHOT [8, p. 441]), le mal apparaît entre lame et lamelle sous l'aspect d'une substance vivante, susceptible d'être nourrie ou tuée ; maints auteurs l'ont souligné :

« Sans vouloir attenter à la majesté des dogmes pastoriens, on peut bien dire que la théorie microbienne des maladies contagieuses a dû certainement une part non négligeable de son succès à ce qu'elle contient de représentation ontologique du mal », dit vigoureusement CANGUILHEM [17].

Bien mieux, ces dogmes ont toujours en quelque sorte préexisté : « Mille formules du langage usuel nous démontrent que (l') histoire (des maladies microbiennes) remonte bien au delà des

découvertes contemporaines ; le parasitisme est une condition étiologique universellement reconnue. Le paysan dit, en parlant d'un homme qui jouit d'une santé parfaite, qu'il est " sain comme un poireau ", comparaison fondée sur ce fait que le légume en question n'a pas de parasites. N'y a-t-il pas dans cette locution comme une intuition du " microbisme latent " ? » (BRISAUD [11, p. 104].)

L'intuition n'est évidemment ici qu'une figure de style. Il s'agit d'une *convergence* analogue à celle qu'on décrit en zoologie entre des animaux d'organisation très différente, mais qui, vivant dans les mêmes conditions de milieu, se ressemblent comme la baleine et les poissons. De même, convergent les rites de protection contre les souillures et ceux de la salle d'opération : la même apparence exprime une signification différente, ici scientifique, là préscientifique, quoique affublée d'un travestissement scientifique lorsque est invoquée la crainte des microbes. De même encore pour la similitude de forme entre le diagnostic biologique de la grossesse et la pratique des anciens Egyptiens qui consistait à faire arroser de son urine, par la femme présumée enceinte, de l'orge et du froment, ce dernier procédé étant proprement magique [18].

Cette convergence peut, ou non, apporter une pleine confirmation scientifique à l'attitude préscientifique. Ainsi de la prophylaxie par le tabou qu'on appliquait naguère encore aux maladies pestilentielles : inopérante pour le choléra, la peste bubonique et la fièvre jaune qui ne sont pas transmissibles d'homme à homme, elle était parfaitement efficace pour la peste pulmonaire et la plupart des maladies virales.

On a pu constater à propos des irradiations de la douleur angineuse qu'un détail des tableaux cliniques décrits par les médecins peut avoir dans le public une certaine fortune ; on voit qu'il en va de même pour les théories physiopathologiques, lorsqu'elles « convergent » avec des représentations préexistantes.

Les images liées à la *constipation* fourniront sa conclusion au présent chapitre. Modèle de ce que nous appellerons les « fantasmes d'élimination », la constipation illustre à la fois la conception mécaniste de la machine humaine et la « convergence » entre images « populaires » et hypothèses savantes :

« Ici encore l'intuition du primitif, les théories occultistes, les superstitions populaires et les données scientifiques se rejoignent. » (AUBIN [19, p. 78].)

La constipation est pressentie comme un processus d'obstruction responsable d'intoxication stercorale ; elle sous-tend des images de

bouchon et de poison envahisseur qui monte. Ces conceptions sont présentes obscurément chez chacun ; nous les avons maintes fois entendu exprimer et développer par des malades dans le service de gastro-entérologie du Professeur CATTAN ; elles inspirent une iconographie fort explicite à la publicité pharmaceutique, et à celle qui vise, non pas cette fois le grand public mais bien les médecins, puisque c'est dans la presse professionnelle que nous avons récemment relevé deux images symbolisant l'efficacité de spécialités laxatives : l'une représentait l'éclatante éruption d'un bouchon de champagne au-dessous d'un anus stylisé ; l'autre, à l'extrémité d'une tubulure mince, — dont l'orientation verticale et les trois spires suggéraient l'analogie entre le grêle et un alambic tout en omettant le côlon. — figurait un robinet semblable à ceux de la verrerie de laboratoire, en position salutairement ouverte.

Nous avons quelque peu détaillé ce dernier dessin parce qu'il nous paraît riche de pouvoir évocateur : il fait des matières fécales le produit d'une distillation.

« Il y a une vertu singulière et quasi divine des choses qui sont distillées, qui a tellement ravi l'esprit des hommes... » (Ambroise PARÉ [20, p. 615]),

donc une sorte de quintessence toxique qu'il faut éliminer par le robinet heureusement ouvert, et cela sans délai puisqu'il est fait abstraction du réservoir tolérant que constitue le côlon. Certes cette image ne touche que des médecins avertis ; mais peut-être espère-t-elle, à la faveur d'un coup d'œil hâtif, parler aux instances les plus primitives du psychisme de ces médecins, celles sans doute où s'élaborent les automatismes de prescription. En tout cas, elle renseigne sur les fantasmes du dessinateur.

Ces fantasmes avaient déjà inspiré VOLTAIRE [21] :

« Ne nous étonnons pas que l'homme, avec tout son orgueil, naisse entre la matière fécale et l'urine, puisque ces parties de lui-même, plus ou moins élaborées, plus souvent ou plus rarement expulsées, plus ou moins putrides, décident de son caractère et de la plupart des actions de sa vie (...) Qu'il ait une diarrhée, il est languissant et doux : la force lui manque pour être méchant. Qu'il soit constipé, alors les sels et les soufres de sa merde entrent dans son chyle, portent l'acrimonie dans son sang, fournissent souvent à son cerveau des idées atroces. Tel homme (et le nombre en est grand) n'a commis des crimes qu'à cause de l'acrimonie de son sang, qui ne venait que de ses excréments par lesquels ce sang était altéré. »

Un tel schéma mécanique est présent chez tout le monde, et les sels et les soufres porteurs d'acrimonie se sont modernisés en « toxines » :

« La constipation qui, à l'origine, est causée par l'insuffisance biliaire, en devient elle-même une cause car les toxines qu'elle engendre ont une action inhibitrice sur le sphincter. C'est un cercle vicieux. » (*Guérir*, juin 1963.)

Ici le renouvellement du vocabulaire exprime une convergence particulièrement étroite, car, nous fait remarquer M. le Professeur DENIKER, les « auto-intoxications stercorales » ont été à l'ordre du jour non seulement dans les premières années du siècle, mais récemment encore à propos du noyau indolique commun à plusieurs substances hallucinogènes. La physiologie n'est pas une science achevée.

La représentation inexprimée que l'on conçoit d'une constipation obstructrice, retenant un principe indésirable et dangereux, ne peut se satisfaire pour ce dernier d'une idée trop diffuse, insuffisamment concrète. Soufre, toxine ou indol, elle a besoin d'un nom qui en garantisse l'individualité. Or, cette individualité ne tend-elle pas à le faire entrer dans le système mécanique évoqué plus haut ? Le mal est un corps étranger susceptible de se déplacer.

« Il n'y a rien de plus général et de plus répandu que cette doctrine hippocratique de la métastase. » (BRISSAUD [1. p. 101].)
Et s'il se déplace, le mieux est de l'expulser.

Aussi les préoccupations relatives à la constipation ne sont-elles peut-être que le cas particulier le plus important et le plus quotidien des fantasmes d'élimination, dont on pourrait citer bien d'autres aspects : cette conviction qu'une rougeole doit « sortir » pour être bénigne ; le pressentiment, partiellement vérifié, — convergence, — que l'insomnie sécrète des substances toxiques, et qu'elle finit par être mortelle (exemple suggéré par le Professeur DENIKER) ; l'extraordinaire importance des « toxines » dans la mythologie de toutes les réclames, dès qu'il s'agit d'attirer l'attention du lecteur sur son corps. On pourrait en rapprocher encore l'observation faite par le Docteur BURY :

« Des femmes se plaignant de troubles divers et dont, parallèlement, les règles étaient disparues depuis quelque temps, faisaient la relation de cause à effet et expliquaient leur mal par le fait que leur organisme ne pouvait se débarrasser des " impuretés " par la menstruation. »

Les règles apparaissent donc, elles aussi, comme un émonctoire. C'est pour cela que leur abondance constitue si souvent pour les femmes un sujet de préoccupation.

Il semble que le geste thérapeutique qui exprime et satisfait le mieux ces conceptions universelles et confuses soit celui de l'arracheur de dents de naguère, exhibant triomphalement la dent extraite. Conceptions universelles, puisque est ainsi reproduite

« l'ars magna de certaine école shamanistique de la côte nord-ouest du Pacifique, c'est-à-dire l'usage d'une petite touffe de duvet que le praticien dissimule dans un coin de sa bouche pour l'expectorer toute ensanglantée au moment opportun, après s'être mordu la langue ou avoir fait sourdre le sang de ses gencives et la présenter solennellement au malade et à l'assistance, comme le corps pathologique expulsé à la suite de ses succions et manipulations » (LÉVI-STRAUSS [22, p. 193]).

Conceptions confuses, puisque (en faisant de la maladie un monstre à chasser du corps),

« le shaman (lui) fournit un langage, dans lequel peuvent s'exprimer immédiatement des états informulés, et autrement informulables. Et c'est le passage à cette expression verbale (qui permet, en même temps, de vivre sous une forme ordonnée et intelligible une expérience actuelle, mais, sans cela, anarchique et ineffable) qui provoque le déblocage du processus physiologique » (*Ibid.*, p. 218).

QUELLES IMAGES LE PUBLIC SE FAIT-IL DE L'ACTION DES MEDICAMENTS ?

Les attitudes relatives aux médicaments n'ont guère encore retenu l'attention des médecins, si ce n'est sous la forme de considérations générales sur le rôle psychothérapeutique de la pharmacopée ; ce problème est cependant loin de constituer une terre inconnue, car il a inspiré des études psychologiques (BACHELARD, *op. cit.*) et phénoménologiques (R. BRUN [23]) dont STOETZEL fait le point (*op. cit.*).

Ce qui, peut-être, reste à approfondir, c'est le mode d'action des médicaments tel qu'il est pressenti : que devient le comprimé une fois absorbé, comment se délite-t-il et comment exerce-t-il son action analgésique, hypnotique, laxative ? Cette question, que nous ne pouvons guère que poser, est d'importance. Car s'il est vrai que le corps apparaît comme une machine et les aliments comme un carburant, les médicaments, eux, n'évoquent aucune analogie mécanique : pour les moteurs et les rouages d'horlogerie, il n'est guère de thérapeutique que chirurgicale, hormis les vertus subtiles que s'attribuent les huiles de graissage, et dont le niveau très sommaire est celui de l'action physique élémentaire qu'on prête aux « dépuratifs » et aux remèdes qui épaississent le sang. Or, l'action du médicament prolonge l'action du médecin qui l'a voulue ; elle est le point d'application même de son pouvoir ; il est impossible qu'abandonnée avec une indifférente sérénité aux ténèbres viscérales, elle ne fasse l'objet d'aucune image, d'aucun fantasme. Mais il semble que ces images soient aussi intimement secrètes que le phénomène qu'elles représentent. Après avoir ingéré tant de forces obscures sous un si petit volume, qui n'a éprouvé un moment d'anxiété ? Dans ce moment, le médecin sans doute est invoqué avec confiance ; il ne saurait s'en désintéresser : c'est celui où s'exerce son action physique.

La publicité des revues *Guérir* et *Votre Santé*, si féconde d'autre part en motifs mythologiques, est discrète sur ce point. Par contre,

les remèdes qu'elle vante ont un dénominateur commun quasi constant : ils sont presque tous « naturels », qualité dont se réclament d'ailleurs également les produits synthétiques les plus élaborés de l'industrie alimentaire.

Ce thème si général du retour à la bonne nature, qui a pour corollaire la méfiance à l'égard des pernicious « produits chimiques » quels qu'ils soient, laisse peut-être entrevoir une hypothèse quant au mode d'action des médicaments. Celui-ci pourrait être perçu selon l'un des schémas essentiellement opposés, — ce qui certes n'exclut pas qu'il en puisse exister d'autres, — d'une fonction de police et d'une fonction de guerre, comme le dit excellemment R. BARTHES à un autre propos ([14], *Saponides et Détergents*, p. 38) :

« Par exemple, les eaux de Javel ont toujours été senties comme une sorte de feu liquide dont l'action doit être soigneusement mesurée, faute de quoi l'objet lui-même est atteint, "brûlé" ; la légende implicite de ce genre de produits repose sur l'idée d'une modification violente, abrasive de la matière : les répondants sont d'ordre chimique ou mutilant : le produit "tue" la saleté. Au contraire, les poudres sont des éléments séparateurs ; leur rôle idéal est de libérer l'objet de son imperfection circonstancielle : on "chasse" la saleté, on ne la tue plus ; dans l'imagerie Omo, la saleté est un petit ennemi malingre et noir, qui s'enfuit à toutes jambes du beau linge pur, rien qu'à la menace du jugement d'Omo. Les chlores et les ammoniacs sont sans aucun doute les délégués d'une sorte de feu total, sauveur mais aveugle ; les poudres sont au contraire sélectives, elles poussent, conduisent la saleté à travers la trame de l'objet... »

Plusieurs malades opposent les « antibiotiques » aux « médicaments », et c'est sans doute la même distinction qu'entre l'eau de Javel et les poudres. Lorsqu'ils refusent les premiers, déclarant : « Je ne veux pas me droguer, je ne tiens pas à m'intoxiquer », sans doute expriment-ils leur répulsion pour une violation chimique, trop intime, de l'ordre naturel.

À l'inverse, le « médicament » non antibiotique tirerait son innocuité de ce qu'il participe de cet ordre naturel. Il ne peut être violent ni « abrasif » si en l'absorbant on s'incorpore quelque une des qualités favorables qui sont le privilège de cette « nature » où notre corps communique avec l'univers non artificiel :

« L'intérêt suscité par l'iode et les médicaments iodés peut s'expliquer d'une manière similaire (à la concentration substantia-liste) : pour le public l'iode bénéficie, sous une forme concentrée, des vertus océaniques (bien qu'actuellement retiré pour la plus

grande partie des nitrates du Chili). La conscience collective croit qu'on procède à une purification progressive des eaux de mer et des varechs jusqu'à l'obtention du principe central, seul responsable de l'action des cures marines, mais qui bénéficie en retour du prestige poétique des vagues, du vent du large et des sables dorés où se joue le soleil. » (R. BRUN [23, p. 35].)

Ne peut-on en dire autant de la chlorophylle et de

« telles autres singeries qui ont plus le visage d'un enchantement magicien que de science solide » (MONTAIGNE, II, 37) ?

« La nature d'elle-même, quand nous la laissons faire, se tire doucement du désordre où elle est tombée », disait à ARGAN le bon sens de son frère (*Malade imaginaire*, III, 3);

et l'I.F.O.P. confirme :

« Une étude approfondie révèle... une méfiance assez générale à l'égard des remèdes particulièrement énergiques, qui sont souvent considérés comme dangereux pour l'équilibre de l'organisme. » [7, p. 52.]

Relevons le libellé même de la question posée :

« Préférez-vous que votre médecin prescrive une médication prudente, ou des remèdes énergiques, ou bien qu'il recommande surtout des règles de vie précises ? »

Quelque latentes qu'elles puissent être, des représentations existent sans doute qui tendent à concrétiser la façon dont « la nature se tire du désordre », ainsi que l'action plus radicale des « remèdes particulièrement énergiques ».

Sans doute pourrait-on les chercher d'abord chez les médecins. Il n'est pas de domaine où le comportement médical soit resté plus proche des méfiances spontanées, où il ait moins examiné les croyances à la lumière de l'esprit critique. En faveur de l'allaitement maternel, par exemple, les traités de pédiatrie, changeant de registre, adoptent le ton passionnel d'un plaidoyer pour la « nature » qui paraît étranger à l'objectivité du contexte.

Le thème de la nature bienfaisante est d'ailleurs loin de constituer un absolu. Le naturel peut apparaître redoutable :

« Si on éprouve le besoin de se rassurer (...) si on délègue à la technique... le soin de restaurer la norme... c'est qu'on n'attend rien de bon de la nature par elle-même. » (CANGUILHEM [17, pp. 11-12].)

Son équilibre peut se rompre spontanément, et la conception endogène de la maladie coexiste avec la conception exogène (DELAY

et PICHOT [8, p. 441]), l'une ou l'autre à tour de rôle prenant le pas, dans les représentations du public aussi bien que dans la science médicale :

« L'homéostasie : (...) Cette notion est une des plus anciennes qui existent en médecine ; on en trouve le fondement dans la notion hippocratique de " crase " ou équilibre des humeurs. Cependant, elle semble avoir été redécouverte il y a quelques années. En effet, depuis l'ère pastoriennne, elle fut relativement négligée au profit de l'élément extrinsèque : le germe microbien. » (P. CHEYMOL [24, p. 139]) :

et c'est une nouvelle manifestation de « convergence ».

CHAPITRE IV

DE LA NATURE DE CES IMAGES

On a reconnu, dans les représentations jusqu'ici étudiées, la fréquente présence d'un double caractère : mécanistes, elles tendent, parfois à la faveur d'un mot pris au pied de la lettre, — *tension* par exemple, — à assimiler à ceux d'une machine le fonctionnement du corps et ses vicissitudes.

D'autre part, chacun des éléments de cette machine supposée, qu'il soit normal ou pathologique, est volontiers investi de sentiments ou d'une volonté semblables à ceux d'un individu entier : ces représentations sont donc anthropomorphiques, ou du moins zoomorphiques :

« La constitution des maladies est formée au patron de la constitution des animaux. » (MONTAIGNE, III, 13.)

On l'a vu en physiologie, à propos de la vie mythologique des phanères ; quant aux maladies, leur caractère de malveillant ennemi est beaucoup plus évident encore, et pour éviter banalités et truismes on se bornera à évoquer la « lutte contre » le cancer et son emblème, un glaive brandi face au redoutable crustacé éponyme du mal : image symbolique à deux degrés.

Ce sont des représentations magiques.

La définition du magique n'est pas un problème médical. On peut se contenter ici, avec AUBIN [19, p. 19] de

« prendre le mot *magie* dans un sens large, englobant l'ensemble des représentations ou des actions qui mettent en jeu des forces occultes soit extérieures aux énergies naturelles, soit étroitement associées ou même confondues avec elles ».

Mais nous ne saurions méconnaître que la plupart des auteurs l'envisagent comme « effort pour agir sur le monde », ainsi FREUD [25] :

« Peut-on établir une distinction de principe entre la sorcellerie et la magie ? Oui (...) »

« La sorcellerie apparaît essentiellement comme l'art d'influencer les esprits, en les traitant comme on traite les hommes dans des conditions identiques, c'est-à-dire en les apaisant, en se les conciliant, en se les rendant favorables, en les intimidant, en les dépouillant de leur puissance, en les soumettant à sa volonté, et tout cela par (...) des moyens dont on a éprouvé l'efficacité par rapport aux hommes vivants. Mais la magie (...) fait abstraction des esprits et se sert, non de la méthode psychologique banale, mais de procédés particuliers.

« (Effrayer un esprit par le bruit et par des cris est un procédé de sorcellerie pure ; mais c'est un procédé magique que d'exercer sur lui une pression, en s'emparant de son nom). »

La sorcellerie serait donc une attitude anthropomorphique, alors que la magie comporterait la technique d'un rituel ; ce rituel étant destiné à s'assurer

« la collaboration de l'intervalle (entre le désir et son accomplissement, en) influençant la partie de l'opération qui demeure soustraite aux forces et au savoir de l'agent » (DUPRÉEL [26]).

De fait on va voir qu'il n'est pas exceptionnel d'observer l'ébauche d'un rituel en pratique médicale quotidienne ; mais s'il s'agit là d'attitudes magiques au sens le plus strict, elles sont solidaires des représentations dont elles découlent : il apparaît donc légitime d'inscrire ces dernière, avec AUBIN, dans une conception plus extensive.

Quant aux comportements proprement magiques, nous en trouvons une première illustration dans un propos de malade rapporté par le Docteur R. CARASSO, assistant de notre regretté Maître, le Professeur R. CATTAN [27, p. 92] :

« J'ai failli y rester. Mais c'est le petit qui a tout pris, tout emporté, l'albumine et le reste, il a tout enlevé. Il est mort-né. Il a juste eu le temps de venir, quoi ! »

C'est une attitude apotropaïque, qui consiste à détourner sur un « substitut » les maux dont on est soi-même menacé ; l'usage, général dans l'antiquité, de placer dans les temples des statuettes destinées à « tout emporter », protégeant ainsi le donateur ou les siens, avait très exactement cette signification. La conclusion : « Il a juste eu le temps de venir », sans impliquer une participation active au rituel apotropaïque, constate non sans une certaine satisfaction que ce rituel a été accompli.

Voici un autre cas de mère constatant, mais avec affliction cette fois, qu'un rituel a été mis en œuvre. Nous avons été témoin de l'épisode suivant à la consultation d'orthopédie du Docteur P. LE CŒUR, assistant de notre Maître, le Docteur P. LANCE.

Une mère rayonnante de joyeuse fierté vient demander un avis pour son bel enfant d'environ trois ans : il boite, presque imperceptiblement. Après examen, le chirurgien déclare : « séquelle de polio-myélite ». Aussitôt cette femme enjouée s'abîme en sanglots : elle acceptait avec insouciance une claudication très discrète ; elle ne peut supporter que cette minime infirmité porte un nom si funeste, et que son fils soit désormais un « petit polio ».

« Il suffit de penser à ce propos au tabou des noms chez les primitifs, aux forces magiques qui, dans leur esprit, se rattachent aux noms et aux mots » (FREUD [28]) : « Nomen, lumen, numen. »

Il est peu fréquent que le « tabou des noms » se manifeste avec autant d'éclat que dans l'observation qui précède, où un nom redoutable et inattendu vient soudainement conférer la gravité à un trouble jusque-là tenu pour bénin. Mais il est certainement licite d'en faire un exemple, particulièrement frappant, de l'importance que le public attache au nom des maladies, au diagnostic, au mot. Les manifestations en sont quotidiennes en pratique médicale courante. On a déjà, avec LÉVI-STRAUSS (chapitre II, *in fine*), vu décrire l'acte qui exprime l'informulé, en lui donnant une forme concrète accessible à l'intelligence. On verra, avec DELAY, le pouvoir thérapeutique de « cette conduit sociale qu'est le récit ». Mais il s'agit de tout autre chose lorsque le malade sollicite un mot, un unique substantif, souvent barbare et inintelligible : n'est-ce pas là le besoin magique de s'emparer du nom de l'ennemi ? Et il arrive, rarement, comme dans notre exemple, que ce nom soit invulnérable parce que notoirement, et au sens propre, formidable.

Ce rituel des noms, on peut d'ailleurs se demander si les malades sont seuls à l'observer (voir à ce sujet BALINT [2, p. 42]). Certes, le souci de pousser la précision du diagnostic au delà des nécessités de l'indication thérapeutique exprime avant tout conscience professionnelle et rigueur scientifique ; cependant, dans la mesure où celle-ci est imparfaitement accessible à l'art médical, ne laisse-t-elle pas subsister « l'intervalle » dont parle DUPRÉEL ?

Pour en revenir à l'anecdote de CARSON et à celle de l'enfant poliomyélitique, il s'agissait là de constatations rétrospectives, interprétant sur un mode magique les conséquences d'événements pathologiques révolus. Mais les exemples ne manquent pas d'un comportement qui tend, de façon active, à influencer sur le cours de la maladie.

Il en est un, extrêmement général, où le rituel magique, pour être à peine ébauché, est incontestablement présent puisqu'il s'agit

d'un moyen, d'une technique de guérison : c'est la conduite de négation et de refus de la maladie, où

« la manifestation sous forme rituelle de notre volonté doit contribuer à la guérison » (T. PARSONS [5, p. 242]),

et cette volonté s'exprime en « traitant la maladie par le mépris ». Or, un tel comportement est assez courant pour avoir donné lieu à une sorte de proverbe : rien n'est plus banal, pour exprimer cette idée qu'on nie la maladie dans l'espoir d'échapper à ses conséquences fâcheuses, que de dire : en entrant chez le dentiste, on cesse d'avoir mal aux dents. Mieux,

« les études sur les questionnaires de personnalité ont mis en évidence l'existence d'un trait qui correspond au degré de minimisation des symptômes ressentis. Il s'agit d'une attitude inconsciente qui constitue un élément stable du caractère et qui est mesurée par l'échelle K du M.M.P.I. » (DELAY et PICHOT [8, p. 423]).

D'autre part, lorsqu'on procède à un examen radiologique ou de laboratoire, n'est-ce pas quelquefois un rituel magique qui non seulement s'ébauche mais s'accomplit jusqu'à son terme ? Une telle interprétation paraît s'imposer quand on voit exiger un examen complémentaire, voire « une analyse complète du sang », par un malade qui n'en peut apprécier la nécessité et qui est encore plus incapable de l'interpréter. Les clichés ou la réponse du laboratoire revenus, avec quelle confiance dira-t-il par la suite : « cela se voit sur les radios », ou « tout est négatif dans le sang » ; confiance qui contraste avec la suspicion dont le diagnostic clinique est parfois l'objet.

Car les données de l'auscultation, par exemple, sont d'interprétation délicate, et si certains médecins n'y excellent pas toujours, il arrive que les malades s'en rendent compte, ou du moins sachent le clinicien faillible. Mais il est bien rare de les voir effleurés par le doute quant à la qualité des examens ou quant à leur interprétation. Pourtant la lecture d'un cliché du thorax ou d'un électrocardiogramme est plus difficile encore que l'examen stéthacoustique, et le plus souvent elle est écoutée avec une foi absolue, lors même que c'est une infirmière qui s'y risque : il semblerait que diagnostic et traitement y soient inscrits en toutes lettres.

L'I.F.O.P. constate [7, p. 54] que pour 76 % des Français les examens radiologiques et de laboratoire sont « d'une très grande importance ».

« Le prestige, commente-t-il, dont jouissent ces procédés modernes d'observation et de détection de la maladie n'implique nullement,

dans la majorité des cas, une vision technique ou scientifique de la médecine. Considérés également comme le complément utile ou indispensable du diagnostic, ils n'en restent pas moins subordonnés, dans l'esprit de la plupart, aux procédés traditionnels de l'examen clinique, qu'ils peuvent confirmer ou préciser. »

En fait il peut arriver, on l'a vu, que cette subordination à la clinique soit mal comprise. Dès lors, s'il est vrai que cette méconnaissance de la relativité des examens complémentaires « n'implique nullement une vision technique ou scientifique », ne peut-elle avoir quelquefois une autre signification ? Cette goutte de sang prélevée, cette silhouette radiologique n'ont-elles pas la valeur symbolique des rognures d'ongle et des poupées de l'envoûteur ? N'est-ce pas à la sympathie magique qu'elles doivent de procurer la parfaite connaissance, voire des moyens d'action sur celui dont elles émanent ?

« Si éloignés que nous pensions être de la magie, nous en sommes encore mal dégagés (...) Ni les techniques, ni les sciences, ni même les principes directeurs de notre raison ne sont encore lavés de leur tache originelle. Il n'est pas téméraire de penser que, pour une bonne part, tout ce que les notions de force, de cause, de fin, de substance ont encore de non positif, de mystique et de poétique tient aux vieilles habitudes d'esprit dont est née la magie et dont l'esprit humain est lent à se défaire. » (Marcel MAUSS [29].)

Attitudes magiques liées au caractère anthropomorphique des représentations relatives au corps sain et au corps malade : on en a décrit quelques exemples. A l'inverse de la cancérophobie, souvent induite par la présence d'une néoplasie dans l'entourage et qui n'est pas magique, les préoccupations qu'inspirent ces images ne peuvent être immédiatement rapportées à un événement extérieur. Nul ne prétend avoir connu un malade mort de constipation ou d'insomnie, et cependant, de ces deux troubles, l'on craint pour son propre compte les effets les plus néfastes. Irréductible à l'observation, étrangère à l'expérience, l'attitude magique est indifférente aux démentis.

A l'origine de ces représentations, quelle est donc la part respective du milieu et de la « magie spontanée de l'adulte » (PIAGET [30, p. 149]), de « nature » et de « nurture » ? C'est une question considérable par son ampleur ; celle du présent travail ne nous a permis que de remarquer au passage, à propos de l'anatomie « populaire », quelques-unes des intuitions spontanées et des données apprises dont elle est faite.

Ces images, ces attitudes sont pauvres. Qu'elles soient représentatives, normatives ou activement magiques, elles se réduisent à peu

de chose dès qu'elles sont concrétisées. Pourtant ce qu'elles traduisent n'est pas simple ; elles expriment beaucoup plus, nous l'avons dit, qu'une simple tentative d'explication rationnelle : mais

« avec une pensée de cent mille francs ou a des images de quatre sous » [31].

CHAPITRE V

DE LA SIGNIFICATION DE CES IMAGES

L'anatomo-physiologie « populaire » revêt d'une importance et d'une signification particulières la spoliation sanguine ou le chiffre précis de la tension artérielle, restreignant ainsi les limites de la normalité ; elle assigne au cœur une disposition anatomique qui veut dire quelque chose : en un mot, elle répugne à ce que les phénomènes relatifs à notre corps soient contingents, indifférents. N'y peut-on voir une illustration de

« cette condition intellectuelle de l'homme, qui est que *l'univers ne signifie jamais assez, et que la pensée dispose toujours de trop de significations pour la quantité d'objets auxquels elle peut accrocher celles-ci* (c'est nous qui soulignons). Déchiré entre ces deux systèmes de références, celui du signifiant et celui du signifié, l'homme demande à la pensée magique de lui fournir un nouveau système de références, au sein duquel des données jusqu'alors contradictoires puissent s'intégrer. Mais on sait que ce système s'édifie aux dépens du progrès de la connaissance, qui eût exigé que, des deux systèmes antérieurs, un seul fût ménagé et approfondi jusqu'au point où il eût permis la résorption de l'autre » (LÉVI-STRAUSS [22, p. 202]).

Si la tendance à multiplier les « signifiants » se fait jour dans les représentations anatomiques et physiologiques, on peut s'attendre à la voir imprégner, de façon autrement marquée et avec beaucoup plus d'intimité encore, le domaine pathologique.

Car la maladie, c'est un lieu commun de le dire, est par excellence anxiogène ; mais d'autre part, cet accident qui bouleverse si profondément la personnalité à laquelle il s'impose est presque toujours contingent, idiopathique, essentiel : « De quoi ma maladie provient-elle ? — On n'en sait rien. Cela arrive, c'est comme ça. » La

peine la plus grave dont on puisse être frappé n'est pas seulement imméritée, elle est aussi, le plus souvent, inexplicable. « Je me sens comme un prévenu qui ignore de quoi il est prévenu », déclarait un malade.

On peut, sans doute, voir des résignés, victimes-nées qui acceptent la maladie et même les épisodes normaux du développement physiologique comme des obstacles semés sur la douloureuse route humaine ; le florilège réuni par CARSON [27] de propos de très pauvres gens contient quelques traits de cette sorte de fatalisme : « J'ai passé au travers » (p. 140), « la croissance, je l'ai surmontée, je suis mince mais j'ai tenu » (p. 146).

Mais en général cette gratuité est intolérable, et de même qu'on a pu dire que la mort n'existe pas dans l'inconscient, de même il semble que l'idiopathique y soit refusé. Toute la pathologie « populaire » tend à faire du pathologique un signifiant.

« Le besoin d'interpréter est tellement impérieux qu'il va jusqu'à contrebalancer le désir de guérir », note BRISSAUD [1, p. 103] :

et c'est d'abord le besoin de notions étiologiques précises ; ce

« besoin de rapporter les symptômes à leur cause première explique encore pourquoi le peuple, en voulant désigner certaines maladies, se borne à en invoquer l'origine plus ou moins problématique au lieu de leur donner un nom : " C'est les vers, c'est les dents qui le travaillent " » [1, p. 111].

Grâce à ces vers, comme grâce au monstre qu'invoquent les shamans de LÉVI-STRAUSS, la maladie du moins cesse d'être inexplicable ; le « langage » fourni par les représentations de processus morbides, quelles qu'elles soient, est un instrument nécessaire pour fournir à la maladie une signification. Et il s'agit d'un langage au sens propre, le mal étant désigné par son étiologie supposée.

Rien n'apparaît plus constamment, à tous les niveaux du développement intellectuel, que cette affirmation spontanée qui assigne une cause à l'accident pathologique. Les médecins somaticiens ont renoncé à prendre au pied de la lettre l'étiologie *a frigore* pour rendre compte des affections qui leur sont familières ; qu'ils s'écartent de ce domaine connu, et ils se déclarent volontiers sceptiques devant la mélancolie endogène, ou convaincus d'une importante participation réactionnelle aux troubles psychiques les plus graves.

De même, la fiction littéraire a volontiers chargé de signification la maladie et la mort, et cela chez les auteurs les moins suspects de recourir à la facilité d'accidents extérieurs pour dénouer leurs intri-

gues. Quelque intérêt qu'il présente, ce domaine ne peut être exploré ici ; on se bornera à rappeler les dernières lignes d'un roman grand entre tous :

« Madame de Rênal fut fidèle à sa promesse. Elle ne chercha en aucune manière à attenter à sa vie ; mais trois jours après Julien, elle mourut en embrassant ses enfants. »

Une telle conclusion est donc acceptée comme terme normal de l'évolution psychologique d'un personnage, puisqu'il ne saurait être ici question d'un artifice mélodramatique. Plus significative encore peut-être est la mort de l'Ellénore d'*Adolphe*, qui fait saisir, à l'époque romantique tout au moins, une sorte d'analogie ou de syncrétisme entre la consommation phtisique et le dépérissement d'une héroïne dévorée de chagrin.

Post hoc, ergo propter hoc : l'éducation, dès ses formes les plus primitives, consiste à inculquer une morale, donc des schémas de pensée, qui aux indifférentes contingences de la nature substituent un système plus rassurant de causalités linéaires.

Ce système est social : pour y faire entrer la maladie, il faut la « socialiser », la convertir en une monnaie qui ait cours dans la « circulation intersubjective » (VALABREGA [4, p. 45]) : première étape où le dialogue avec le médecin apporte le plus précieux secours, car c'est l'interrogatoire qui fait un objet communicable de cette agression intime et diffuse ; il fait prendre corps aux symptômes, les enrichit en les précisant, mais du même coup rassure puisqu'il leur « fournit un langage » ; et l'on peut élargir à toute la pathologie ce que DELAY [32] dit des amnésies d'origine affective :

« La guérison commence avec cet acte de langage, avec cette conduite sociale qu'est le récit. Dans la mesure même où il s'exprime et s'objective, le souvenir laisse derrière lui, dans la nuit de l'inconscient, les lourdes charges affectives de la terreur et de l'angoisse. A mesure qu'il monte vers la connaissance, l'expérience intime perd de ce qu'elle avait d'unique et de bouleversant. Et le seul fait que le malade attache ce souvenir, par les chaînes du langage, à la communauté des hommes, le délivre et le guérit. »

La communauté des hommes, c'est le monde où rien n'arrive qui ne soit de quelque façon explicable, et où les événements déplaisants sont la sanction d'un manquement. Entrée dans ce système, la maladie y revêt très souvent la signification d'une punition ; et les représentations magiques relatives au mécanisme des processus morbides concourent, par leur caractère anthropomorphique, à les charger d'une telle signification.

« Pour peu qu'on y réfléchisse, il apparaît que le contenu et la forme du phénomène magique sont liés assez intimement à des

actions sociales, à la communication ; son caractère symbolique et stylisé, sa grammaire et sa syntaxe supposent une adaptation, le plus souvent une longue adaptation, à l'ensemble des rites et des conduites du groupe : ce langage a une histoire. » (P. PIAGET [30, p. 413].)

Le thème de la maladie-punition a été analysé, ces dernières années surtout, par maints auteurs ; il n'est pas sans intérêt d'en emprunter la formulation la plus ingénûment lapidaire à une œuvre qui a tant fait d'autre part pour libérer l'homme des « lourdes charges affectives de la terreur et de l'angoisse », celle de DIDEROT :

« Tout a son vrai loyer dans ce monde. Il y a deux procureurs généraux, l'un à votre porte, qui châtie des délits contre la société ; la nature est l'autre. Celle-ci connaît de tous les vices qui échappent aux lois. Vous vous livrez à la débauche des femmes, vous serez hydropique ; vous êtes crapuleux, vous serez poumonique... [33] »

Au pôle opposé, on trouve cette même idée dans un texte curieux de Joseph DE MAISTRE [34], qui développe et précise la fonction pénale qu'il assigne à la maladie dans son système moralisateur où le bien et le mal sont méticuleusement comptabilisés :

« Puisqu'une infinité de maladies sont le produit immédiat de certains désordres, n'est-il pas vrai que l'analogie nous conduit à généraliser l'observation ? (...) L'analogie entre les crimes et les maladies est visible pour tout observateur attentif (...) Il y a de même des maladies caractérisées, comme l'hydropisie, la phthisie, l'apoplexie, etc. ; et d'autres qui ne peuvent être désignées que par les noms généraux de malaises, d'incommodité, de fièvre *innommées*. Or, plus l'homme est vertueux, plus il est à l'abri des maladies *qui ont des noms*. » (Souligné dans le texte.)

Il est permis d'avancer que l'écrivain bien-pensant distingue ici : d'une part, les *déséquilibres* généraux, les maladies endogènes auxquelles la vertu elle-même est sujette ; d'autre part, toutes les « maladies caractérisées » par une image mécanique plus ou moins précise et accessible : celle-ci, par une sorte de *dramatisation*, concrétisant la signification morale de la maladie exogène, rançon des « désordres ».

C'est une attitude apparemment très générale qui s'exprime ici avec une naïve limpidité. Ces désordres, volontiers nombre de maladies les incriminent, ne serait-ce que pour s'en disculper aussitôt : « De quoi cela provient-il donc ? Je ne bois pas, je ne fume pas » ; en réalité, le désordre dont la maladie est le « produit immédiat » n'est que rarement mis en évidence, bien que souvent recherché avec

une ingéniosité qui évoque celle de l'humeur mélancolique en quête de thèmes auto-accusateurs. Dès lors, faute de pouvoir poser la satisfaisante équation de DIDEROT entre faute et châtement, on s'arrête à l'étape précédente, moins achevée, d'un rapport de causalité étroit avec un phénomène moralement indifférent ; la maladie peut au moins punir l'imprudence, exposition à un courant d'air, promenade sans pardessus, surmenage. A un tel mécanisme sans doute se rattachent beaucoup des rationalisations observées, dans leur clientèle, par les généralistes que nous avons interrogés.

Peut-on affirmer que le comportement médical ait toujours encouragé le public à bien dégager la maladie de toute signification morale et répressive ? Devant cette artériopathie, cherchez la syphilis : c'était, à l'occasion du mal qui frappait un homme, chercher les faiblesses qu'il avait eues autrefois et qui avaient stigmatisé sa chair d'une marque indélébile ; que le médecin s'érigeât ou non en directeur de conscience, son interrogatoire invitait à la confession et au repentir, avant d'infliger l'astreignante pénitence d'un traitement interminable ; le remords souvent étant encore aggravé par les effets de la syphilis héréditaire : les pères ont mangé des raisins verts, et les dents des enfants en sont agacées.

Les rites de sacrifice ne manquent pas de venir compléter ce tableau. Qu'il soit expiatoire et proposé à titre de rachat pour substituer à la maladie un autre châtement au gré de la victime, ou préventif de maux futurs, le sacrifice est presque inséparable des conceptions répressives liées aux phénomènes pathologiques.

Dans le premier cas, il affecte des formes multiples : il a longtemps consisté à valoriser les médicaments de goût infect :

« Les remèdes qui ont mauvais goût et mauvaise odeur passent pour meilleurs. Ce qui est amer à la bouche est bon au corps... Le triomphe contre la répugnance et le danger suffit à valoriser l'objet. Alors le médicament est un trophée », écrivait BACHELARD en 1938 [10, pp. 199 et 209].

Aujourd'hui, les progrès de l'industrie ont presque aboli la pharmacopée répugnante, et lui ont substitué une forme de sacrifice moins concrète mais non moins sensible, le sacrifice financier ; les arguments qu'on invoque en faveur du rituel pécuniaire de la psychanalyse sont vraisemblablement du même ordre. Peut-être enfin l'attitude envers les effets secondaires fort indésirables de certaines drogues psychotropes s'explique-t-elle de la même façon : souvent ces désagréments sont facilement acceptés, au même titre, semble-t-il, que naguère les potions amères ; quoi qu'il en soit, ils ne peuvent que contribuer à faire, de la « camisole chimique », un cilice ou une haire chimique ;

en témoignent, dans nombre de services de psychiatrie, les sollicitations contradictoires de la part des infirmiers et des malades dont est l'objet le médecin, ainsi promu au rôle de pénitencier ou de sacrificateur malgré lui :

« X est bien insolent, il faudrait lui augmenter son Largactil » ;
« Je suis bien gentille, docteur, supprimez-moi mes gouttes du matin. »

D'autre part, l'esprit de mortification et de « triomphe contre la répugnance » peut s'exercer à titre préventif ; il inspire un grand nombre d'idées reçues ayant en commun cette notion que ce qui est déplaisant est salubre : les matelas durs sont plus sains, il ne faut pas boire quand on a chaud, pour ne citer que ces deux exemples. C'est ainsi qu'au nom de la santé est reproduit tous les jours le mythe de Polycrate jetant à la mer son anneau le plus précieux pour conjurer les dangers de l'excès de bonheur, mythe qui plus que tout autre se ramène à une

« situation dramatique dont le caractère essentiel est de concrétiser dans un monde spécifique (une) cristallisation de virtualité psychologique » (souligné dans le texte ; R. CAILLOIS [35]).

Point n'est donc besoin d'attribuer, à cet égard, une responsabilité *précise* à l'éducation. Il est bien rare qu'une mère dise à son enfant, lorsque celui-ci s'est enrhumé ou a eu une colique :

« C'est la punition pour avoir désobéi »... et ajoute parfois, pour corser la punition : « Et maintenant, si tu pleures, on fera venir le docteur. [4, p. 105] »

En fait, c'est elle qui se sent punie et qui s'inquiète, si bénin que soit le rhume ou la colique. La maladie, lorsqu'elle survient, déclenche le même comportement très indifférencié que tout autre événement anxiogène, — mais avec d'autant plus de prédilection que le sujet se sent menacé dans son intégrité physique. Elle réveille

« le sentiment d'insécurité et de dépendance (vis-à-vis des forces de la nature chez le primitif, vis-à-vis des parents chez l'enfant, et aussi de ces entités mystérieuses qu'implique l'animisme enfantin). (...) Un choc affectif, la maladie, font retrouver à l'adulte de nos propres sociétés des conduites similaires. Bien souvent ce sont ses propres préoccupations qu'il projette sur le monde extérieur et qui créent ainsi, à son insu, des présages angoissants » (AUBIN [19, p. 58]).

CHAPITRE VI

UN ASPECT DU MALENTENDU ENTRE MALADE ET MEDECIN

Nous avons tenté d'analyser quelques images relatives à l'anatomo-physiologie et à la pathologie ; nous avons avancé cette proposition que par leur caractère mécaniste et anthropomorphique elles favorisent souvent un comportement magique à l'égard de la maladie, et contribuent à faire apparaître celle-ci comme une punition. Autant de points de divergence entre l'attitude des malades et celle de la science médicale.

Souvent les médecins s'en irritent : le malade, dit l'un d'eux,

« croit au médecin surhomme, comme il croit aux pouvoirs surnaturels du savant, et il faut avouer que tout le XVIII^e et le XIX^e siècles ont contribué à le préparer à ce mythe. Le mystère a été déclaré hors la loi, la science toute-puissante doit avoir raison de tout et les "lumières" ne peuvent pas ne pas dissiper les ténèbres. (...) »

« D'où il suit que le malade nous revêt d'un pouvoir tel qu'il se met à exiger de nous l'infailibilité (...) ESCULAPE doit rendre des oracles instantanés et stupéfier par des prodiges spectaculaires (...) Les nouveaux attributs des Dieux sont les instruments scientifiques ; leurs temples, les centres de recherche. (...) »

« De plus, un des mythes les plus vivaces et qui persiste depuis deux siècles est la croyance en un progrès ininterrompu et continuellement ascendant de la science. [36] »

Mais en réalité cette attitude a beaucoup plus de deux siècles ; elle n'est que l'aspect contemporain de la croyance en des forces anthropomorphes sur lesquelles on peut agir pour en obtenir un effet aussi immédiat qu'irrationnel. Peu importe qu'elle affecte l'apparence du scientisme

« qui consiste à accepter naïvement n'importe quelle affirmation qui se présente sous une *forme* scientifique, même quand cette

affirmation n'est pas réellement scientifique. Autrement dit, le scientisme est exactement le contraire de l'esprit scientifique, il représente l'étouffement de l'esprit critique, du sens de la preuve et de l'argument, au profit des apparences extérieures de la science » [37] :

ce ne sont pas « les lumières » qui en sont responsables, mais l'insuffisance de leurs progrès.

Ce pouvoir dont, parfois mais non toujours, « le malade nous revêt », ces « oracles instantanés » qu'il attend, sont des actes de foi dont nous avons au chapitre II défini l'un des facteurs possibles : nourrissant des représentations mécanistes simples, le public ne peut imaginer les médecins que détenteurs de schémas beaucoup plus intimes et plus complètement explicatifs. D'où l'exigence d'infailibilité que nous avons notée à ce propos, et que ce texte dénonce.

Or, de toute évidence, cette conception est fort éloignée de la démarche médicale telle que la suivent effectivement les investigations conduisant au diagnostic. De même que la médecine des malades, celle des médecins est localisatrice, mais différemment car elle ne part pas des symptômes : dans l'esprit du médecin, il existe des cadres préformés que le malade soupçonne mal, où les découvertes de l'interrogatoire et de l'examen, fruit de recherches d'emblée orientées, vont s'inscrire, ou qu'au contraire leur absence fera écarter.

« La médecine se forme par exemples et expérience. » (MONTAIGNE, II, 37.)

La connaissance médicale est surtout de nature statistique : il ressort d'un ensemble d'observations accumulées que la plupart des cas d'ulcère gastrique s'accompagnent de douleur à double périodicité, que la plupart des néoplasies restent longtemps muettes. Constatactions empiriques, que la physiopathologie n'explique qu'après coup ; mais non pas nécessité logique.

Aussi l'élimination joue-t-elle dans la recherche diagnostique un rôle dont l'importance semble souvent échapper aux malades. Devant un amaigrissement, par exemple, nous cherchons si nous pouvons ou non éliminer une bacillose, une hyperthyroïdie, une néoplasie, alors que certains symptômes, alarmants pour le profane, évoquent immédiatement en nous l'étiquette « insignifiant », telle une précordialgie en piqures d'aiguilles.

En un mot, au stade où le médecin « organise » la maladie [2, p. 126], il s'efforce, à partir des symptômes, de construire par élimination une vue synthétique, alors que le malade lui suppose un raisonnement analytique.

A l'exigence d'infailibilité répond dès lors une exigence d'humilité et de discipline :

« La médecine ne vous regarde pas, mes amis. Vous avez le droit de vous plaindre et d'être soignés. Ne prétendez pas à comprendre. [38] »

Mais la « fonction apostolique du médecin », pour reprendre l'expression désormais classique de BALINT, s'irrite de ne pas trouver devant elle une fonction de néophyte.

« Ne vous préoccupez pas de savoir si cela provient de l'estomac ; ne me parlez pas de votre foie, dites-moi seulement si vous souffrez à heures fixes »,

entend-on souvent dire avec agacement, surtout en consultation de spécialité. Pour peu que, de surcroît, la recherche d'un terrain éthylque, par exemple, amène à poser des questions culpabilisantes, le fossé s'approfondira : au moment même où l'on incarne le surmoi d'un sujet à qui la maladie a déjà apporté l'angoisse, il est bien insuffisant pour le rassurer de lui dire, de la meilleure foi du monde : « Je ne vous fais pas la morale ». Déçu dans son attente d'une explication mécanique satisfaisante, invité à respecter les ténèbres où il sent se troubler le fonctionnement de ses viscères, il se voit en outre confirmé dans l'obscur sentiment qu'il est puni dans sa santé.

Ainsi les représentations que nourrit le malade à l'égard de la maladie contribuent au malentendu qui l'oppose au médecin. C'est en vain qu'une « convergence » parfois remarquable rapproche apparemment certaines constatations scientifiques d'intuitions magiques spontanées ; c'est en vain aussi que le médecin participe de l'anthropomorphisme du public en tant qu'individu (cf. *chapitre II*), puisqu'en tant que praticien il reste détaché d'un mal physique qu'il n'éprouve pas lui-même en ce moment (cf. [2], pp. 227-228) ; il est d'ailleurs de constatation banale que le médecin malade retombe dans le comportement profane. Malade et médecin littéralement ne parlent pas la même langue, et ce qui aggrave leur malentendu, c'est qu'ils l'ignorent. Certains somaticiens, — non des moindres, — l'illustrent de façon tragique lorsque, retranchés derrière un épais dossier de radiographies et d'exams de laboratoire normaux, ils déclarent à un sujet qu'accable l'infirmité d'une grande névrose hypochondriaque : « De toutes façons, vous n'avez rien. »

« Il est très possible que l'origine du langage, cela ait été justement l'effort du type qui avait mal aux dents ou mal au ventre et qui a essayé d'expliquer en quoi ça consistait. Evidemment il n'y parvenait pas, il n'y est jamais parvenu, jamais personne n'y parviendra ! » (R. QUENEAU [39].)

C'est une boutade, certes ; on a vu pourtant combien il importe de « donner à la maladie un langage », puis combien ce langage est difficilement communicable. Tant qu'il reste intime et plus ou moins informulé, il se borne à l'ébauche des représentations dont nous avons tenté d'analyser quelques exemples.

S'il est souhaitable que tous les médecins en prennent conscience le plus clairement possible, la médecine psycho-somatique surtout semble devoir tenir le plus grand compte de ces images : elles sont indissociables des symptômes et des troubles fonctionnels qui font l'objet de cette discipline ; une thérapeutique psychologique de ceux-ci ne peut que gagner à la connaissance de celles-là.

Car la « fonction apostolique » ne saurait s'exercer aujourd'hui avec la rigidité du temps des classiques. Nous ne sommes pas certain que les malades d'aujourd'hui soient vraiment mieux éclairés que ceux de BRISSAUD ; mais eux-mêmes ne doutent pas de l'être ; ils sont en tout cas moins résignés à l'ignorance, moins passifs. Chacun aspire à être son propre médecin, et même celui d'autrui, disait déjà ce maître, citant à ce propos « la jolie anecdote d'Alphonse d'ESTE » [40] ; mais en médecine, les progrès des connaissances chez les professionnels n'ont pas été plus rapides que les progrès de l'assurance chez les amateurs :

« La technique, qui bouleverse notre vie, est elle-même conditionnée par la science moderne. Mais cette science va beaucoup plus loin. Elle a causé, sur le plan spirituel, la plus profonde coupure qui se soit produite au cours de l'histoire humaine. Contrairement à ce qui se passe pour la technique, peu d'hommes en ont conscience, peu en ont véritablement fait l'expérience personnelle, et la masse continue à vivre dans des formes de pensée préscientifiques, tout en utilisant les produits de la science, — comme naguère les sauvages adoptaient les hauts de forme, les fracs et les perles de verre des Européens. (JASPERS [41].)

CONCLUSIONS

Les images ou les représentations relatives au fonctionnement du corps sain et au mécanisme des maladies, telles qu'elles ont cours dans le public, ne semblent guère jusqu'ici avoir retenu l'attention ; nous nous sommes efforcé d'en analyser quelques exemples, d'en dégager la signification, d'en souligner l'intérêt.

L'anatomie « populaire », depuis la description de BRISSAUD (1892), nous paraît avoir fait peu de progrès. Nous analysons deux des erreurs qu'elle professe. Quant à la physiologie, nous tentons, à partir d'un texte pseudo-scientifique et de quelques autres, d'en dégager le caractère anthropomorphe et mécaniste ; cette physiologie « populaire » méconnaît la souplesse et la tolérance biologiques.

La pathologie « populaire » est localisatrice et non moins mécaniste ; elle amène ainsi le public à méconnaître profondément la nature de la démarche du médecin, et, dans une certaine mesure, à exiger de celui-ci l'infailibilité. Ces conceptions localisatrices ne sont d'ailleurs que l'exagération d'une tendance propre à la médecine elle-même, qu'accrédite son langage et que le public adopte avec rigidité. Nous analysons à ce propos la faveur que trouvent dans le public quelques notions : la tension artérielle, le rôle pathogène du froid, des courants d'air. Nous relevons ainsi une fréquente « convergence » entre des conceptions ancestrales et des théories scientifiques qui viennent leur apporter un semblant de confirmation. Enfin, l'importance attachée à la constipation nous paraît riche de représentations aussi importantes qu'inexprimées ; elle nous amène à définir des « fantasmes d'élimination », dont nous citons quelques autres exemples.

Les images illustrant dans son intimité le mode d'action des médicaments sont beaucoup plus obscures : nous ne pouvons que poser l'importante question qu'elles soulèvent, évoquant à ce propos le thème de la nature bienfaisante par rapport auquel les divers remèdes se situent et se classent, ainsi que les rapports entre conceptions exogène et endogène de la maladie.

Toutes les représentations ainsi étudiées nous semblent être de caractère magique. Magiques sont les comportements qu'elles contribuent à déterminer chez les malades. Nous en citons deux exemples, et nous en retrouvons d'autres dans certaines attitudes très communes, dont certaines même comportent l'ébauche d'un rituel : rituel des noms, conduites de refus ; le comportement médical, nous interrogeons-nous à ce propos, est-il toujours et absolument exempt de magie ? Enfin, nous insistons sur les examens complémentaires, qui fournissent peut-être l'occasion d'accomplir jusqu'à son terme un rituel d'envoûtement.

Cet ensemble d'attitudes, nous paraît-il, tend à dépouiller le pathologique de son caractère accidentel et gratuit pour lui conférer une signification. Il peut ainsi entrer dans un système de causalités linéaires où « cette conduite sociale qu'est le récit... l'attache à la communauté des hommes ». Et cette signification qu'y revêt la maladie est celle d'une punition, le comportement des médecins ne contribuant pas toujours à redresser cette perspective. De fait, l'existence de rites de sacrifice, les uns expiatoires, les autres préventifs, peut s'observer envers la maladie et les médicaments dans le public contemporain, et parfois même parmi le personnel hospitalier.

Les représentations que nous avons tenté d'étudier, ainsi que les attitudes qui en découlent, déterminent en conclusion, à l'égard de la maladie, des conceptions fort éloignées de celles que les médecins ont apprises et mettent en pratique : l'investigation médicale est en réalité d'ordre synthétique, alors que le malade l'imagine analytique. A l'exigence d'infailibilité dont ils sont l'objet, les médecins répondent par une exigence d'humilité ; les images qui nous ont occupé n'expriment guère à leurs yeux qu'un simple besoin de connaissances objectives, et la signification en échappe à la plupart des somaticiens.

En approfondissant l'étude de ces représentations dont nous avons envisagé un petit nombre d'exemples, en attirant sur elles l'attention des médecins, on pourrait contribuer à réduire l'important écart qui sépare leur langage de celui des malades : l'efficacité thérapeutique en tirerait grand profit, non seulement en médecine psychosomatique mais encore en pratique médicale générale, car le public contemporain, sans être réellement mieux informé que celui du temps de BRISSAUD, ne doute pas de l'être.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE *

1. BRUSSAUD (E.). — Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine. (Paris, Masson, 1892.)
2. BALINT (M.). — Le médecin, son maladie et la maladie. Traduction J.-P. Valabrega. (Paris, Presses Universitaires de France, 1960.)
3. On peut citer :
 TORRIS : L'acte médical et le caractère du malade. (Paris, P.U.F., 1954.)
 C'est un ouvrage de caractérologique, qui comporte (pp. 83-84) une description de la situation, symbolique d'une homosexualité passive, du malade du sexe masculin vis-à-vis du médecin.
- Ré :
4. VALABREGA (J.-P.) : La relation thérapeutique, malade et médecin. (Paris, Flammarion, 1962.)
 L'auteur est extérieur à la relation qu'il étudie, du moins à son second terme, d'où des naïvetés que l'esprit de système ne suffit pas toujours à atténuer, à côté d'un grand nombre de vues pénétrantes.
5. PARSONS (T.). — Eléments pour une sociologie de l'action. Traduction F. Bourricaud. (Paris, Plon, 1955.)
 Chapitre V : Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne.
6. STOETZEL (J.). — Psychologie sociale de la santé et de la maladie. (In *Bulletin de Psychologie*, 15 décembre 1960, 186, XIV, 6 sqq.)
7. I.F.O.P. — Les Français et leur médecin. (*Revue Sondages*, 1960, n° 1 et 2.)
 Ou 7 bis. *Concours Médical*, 1959, n° 20 sqq.
8. DELAY (J.) et PICHOT (P.) — Abrégé de psychologie. (Paris, Masson, 1962, pp. 422 sqq.)
9. SIMERAY-MASSÉ (M.) et RIEFFAULT (H.). — La signification psycho-sociologique du don du sang en France. Enquête de l'I.F.O.P. (In *Transfusion*, 1962, t. V, n° 1.)

(*) Limitée aux ouvrages directement cités.

10. BACHELARD (G.). — La formation de l'esprit scientifique. (Paris, Vrin, 1947.)
Page 113 : L'obstacle substantialiste.
11. LHERMITTE (J.). — L'image de notre corps. (Paris, Ed. de la Nouvelle Revue Critique, 1939, p. 184.)
12. *Guérir*, juin 1963. — Les urgences.
13. *Votre Santé*, juin 1962, n° 276. — Les cytanines à base de placenta intégral.
14. BARTHES (R.). — Mythologies. (Paris, Editions du Seuil, 1957.)
15. BURNAND (R.). — La vie quotidienne en France de 1870 à 1900, p. 265. (Paris, Hachette.)
16. *Guérir*, juin 1963.
17. CANGUILHEM (G.). — Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. (*Thèse Médecine*, Strasbourg, 1943 ; Paris, Belles-Lettres, 1950.)
18. FILLIOZAT (J.). — Magie et médecine. (Paris, P.U.F., 1943, pp. 97-99.)
19. AUBIN (H.). — L'homme et la magie. (Paris, Desclée de Brouwer, Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française, 1952.)
20. PARÉ (Ambroise). — Œuvres. (Paris, Baillière, 1840.)
21. VOLTAIRE. — Dictionnaire philosophique. (Paris, 1829, t. III.)
Article *Déjection* : excréments, leurs rapports avec le corps de l'homme, avec ses idées et ses passions.
Cromwell, dit-il ailleurs, n'avait pas été à la garde-robe depuis huit jours lorsqu'il fit couper la tête à son roi.
22. LÉVI-STRAUSS (C.). — Anthropologie structurale. (Paris, Plon, 1958.)
Magie et religion, p. 193.
23. BRUN (R.). — Les hommes et le médicament. (Paris, Nêret, 1958.)
24. CHEYMOL (P.). — Corticothérapie et infections microbiennes non tuberculeuses. (Paris, R. Foulon, 1957.)
25. FREUD (S.). — Totem et tabou. Traduction S. Jankélévitch. (Paris, Payot, 1947, p. 110.)
26. DUPRÉEL (E.). — Sociologie générale. (Paris, P.U.F., 1948.)
Page 209 : « Technique B », par opposition à « la magie type Prospero ou la Tempête ».
27. CARSON (P.). — Les vieilles douleurs. (2^e édit., Paris, Julliard, 1960.)
28. FREUD (S.). — Psychologie collective et analyse du moi. Traduction S. Jankélévitch. (Paris, Payot, 1956, p. 21.)
29. MAUSS (M.). — Sociologie et anthropologie. (Paris, P.U.F., 1950.)

30. PIAGET (J.). — La représentation du monde chez l'enfant. (Paris, F. Alcan, 1926.)
31. FILLOUX (J.-C.), citant BINET, in *L'inconscient*. (Paris, P.U.F., 1956, p. 71.)
32. DELAY (J.). — Les dissolutions de la mémoire. (Paris, P.U.F., 1942, p. 145.)
33. DIDEROT. — Le neveu de Rameau. (Ed. Pléiade, Œuvres, p. 475.)
34. MAISTRE (Joseph de). — Les entretiens de Saint-Petersbourg. (Paris, 1821. Premier entretien.)
35. CAILLOIS (R.). — Le mythe et l'homme. (Paris, Gallimard, 1938, p. 27.)
36. CAILLEUX (R.). — Le malentendu entre malade et médecin. (*Presse Médicale*, 26 avril 1952.)
37. REVEL (J.-F.). — La cabale des dévôts. (Paris, Julliard, 1962, p. 62.)
38. BEZANÇON (J.). — Les jours de l'homme. (Paris, Vigot, 1945.)
39. QUENEAU (R.). — Entretiens avec G. Charbonnier.
40. Cf. BRISSAUD [1, p. 16]. — Il s'agit en réalité de Nicolas d'Este : cf. Bon-aventure des Périers, nouvelle CX.
41. JASPERS (K.). — La foi philosophique. (Paris, Plon, 1953, p. 235.)

